April 2005

# Research Project on Deaths by Suicide in New Brunswick between April 2002 and May 2003

CENTRE DE RECHERCHE
Hôpital Douglas Hospital
RESEARCH CENTRE

New Nouveau Brunswick
CANADA

105-06766/

April 2005

# Research Project on Deaths by Suicide in New Brunswick between April 2002 and May 2003

CENTRE DE RECHERCHE
Hôpital Douglas Hospital
RESEARCH CENTRE

New Nouveau Brunswick
CANADA

Monique Séguin [1, 2, 3]
Alain Lesage [3]
Gustavo Turecki [2]
France Daigle [4]
Andrée Guy [4]

with the collaboration of
Marie-Nöelle Bayle
Roseanne Landry

1. Université du Québec en Outaouais, Department of Psychology
2. McGill Group for Suicide Studies, Douglas Hospital, McGill University
3. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Université de Montréal
4. Department of Health and Wellness, Mental Health Services Division, Government of New Brunswick

# Table of Contents


Foreword ..... 1
Research Project Collaborators ..... 2
- Coordinating Committee in New Brunswick ..... 2
- Interviewers ..... 2
- Persons contacted for recruitment ..... 3
- Members of Expert Panel on Services ..... 3
- Members of Diagnostics and Life Trajectory Panel ..... 3
- McGill Group for Suicide Studies ..... 4

## Key Messages (overview)

Background ..... 5
Observations ..... 5
Recommendations ..... 6

## Executive Summary

Research Context ..... 7
What we Learned ..... 7
Recommendations ..... 8
Expected Positive Impacts ..... 9

## Full Report (details)

Statistics on Suicide in New Brunswick ..... 11
Research Context and Rationale ..... 12
Research Objectives ..... 12
General Information About this Study ..... 12
Recruitment of Suicide Victims' Families ..... 14

Data Collection ..... 14
- Interview to determine post-mortem diagnosis ..... 14
- Interview to chart life trajectory ..... 15
- Review of user files ..... 15
- Panel of Evaluators for Assessing Relevance of Services Received ..... 15

Findings ..... 17
- Sociodemographic Profile ..... 17
- Psychopathological Profile ..... 17
- Precipitating Events and Life Trajectories ..... 19
- Use of Public, Private and Community Services ..... 23

Recommendations ..... 30
References ..... 32

List of Tables
1. Chart of suicide study files ..... 13
2. Number of persons with an Axis I or II disorder ..... 17
3. Combination of Axis I and II disorders ..... 18
4. Main event associated with the suicide ..... 19
5. Risk assessment ..... 20
6. Distribution of psychopathologies and suicide attempts, by type of trajectory ..... 21
7. Summary table of services received, in preceding month or year and over lifetime ..... 24
8. Discrepancies between interventions received and those required ..... 26
9. Main local, regional and provincial deficiencies by the 102 suicide cases ..... 28

List of Graphs
1. Age distribution of study subjects ..... 11
2. Life Trajectory ..... 21
3. Summary of interventions received and required ..... 25
4. Differences between interventions received and required ..... 27

ISBN 1-55396-476-4

# Foreword

In keeping with the postvention strategy of New Brunswick's Suicide Prevention Program, this study has been conducted to identify the personal and social circumstances that led a number of New Brunswickers to commit suicide and others to attempt suicide.

The study charted the development of psychosocial difficulties, mental health problems, help-seeking behaviours and consultations that marked the lives of the persons who died by suicide.

There were 109 deaths by suicide in New Brunswick between April 1, 2002, and May 31, 2003. Our research team examined 102 of those deaths. The ensuing observations, findings and recommendations are set out in this report.

While collecting data on those 102 cases, the research team also gathered information from more than 40 individuals presenting suicidal behaviour. That information is being analyzed and the findings will be published at a later date.

## Research Project Collaborators

We wish to thank all the bereaved families who agreed to participate in this research project. They answered our questions with much generosity of spirit, courage and patience in the hope that their stories might spare other families the same fate. On their behalf, we must now make every effort to lessen the frequency of these personal, family and societal tragedies.

### Coordinating Committee in New Brunswick

We wish to mention the full-fledged partnership between the Department of Public Safety, especially the Office of the Chief Coroner and the coroners' team, headed by Dianne Kelly, and the Department of Health and Wellness, particularly the Mental Health Services Division.

- Dianne Kelly, Chief Coroner
- Joan Murray, Coroner's Office
- Pat Dickinson, Coroner's Office
- Gina Girard, Researcher
- Jocelyne Daigle, Coordination Assistant
- Suzanne Cormier, Administrative Support
- France Daigle, Provincial Suicide Prevention Coordinator and Project Coordinator (components I and II)
- Andrée Guy, Director of Acute Services, Mental Health Services Division
- Margie McKendy, Mental Health Social Worker, Coordination Support
- Dr. Christofer Balram, Provincial Epidemiologist and Director, Provincial Epidemiology Service, Health and Wellness NB
- Dr. Jason Liu, Biostatistician, Provincial Epidemiology Service, Health and Wellness

### Interviewers

The interviewers did outstanding work deserving of special mention. They displayed selflessness and compassion in agreeing to collaborate actively in this research project. This was above and beyond their regular work as clinicians in community mental health centres.

- Ginette Vautour-Kerwin, Moncton
- France Daigle, Fredericton
- Annie Claveau, Moncton
- Marie Savoie Martin, Moncton
- Julie Belliveau, Moncton
- Lisa Lee, Fredericton
- Sylvie Matin, Grand Falls
- Carole Plourde, Campbellton
- Richard Ouellette, Edmundston
- Anne Marie Drapeau, Campbellton
- Gaetan Boudreau, Bathurst
- Ramona Gagnon, Acadian Peninsula
- Jeanne Mance Chiasson, Acadian Peninsula
- Margie McKendy, Miramichi

- Greg Zed, Sussex
- Sylvia Richardson, St. Stephen
- Denis Leblanc, Elsipogtog
- Carolyne Milliea, Elsipogtog

**Persons contacted for recruitment**

- Mado Pelletier, Grand Falls
- Nancy Jalbert, Edmundston
- Jacques Bard, Edmundston
- Nelson Parent, Campbellton
- Michael Levesque, Campbellton
- Debra Wafer, Campbellton
- Diane Morin, Bathurst
- Colette Robichaud, Bathurst
- Charline McLean, Miramichi
- Diane Cormier, Moncton
- Marthe Leger, Moncton
- James MacMillan, Moncton
- Lorene Johnson, Saint John
- Nancy Armstrong, St. Stephen
- Pamela Miller, Sussex
- Elizabeth Campbell, St. Stephen
- Marylin DeMerchant, Fredericton
- Gordon Skead, Fredericton
- Helen Jane Blanchard, Woodstock
- Robin Ward, Fredericton
- Dennis Foran, Fredericton

**Members of Expert Panel on Services**

- Alain Lesage
- Marie-Noëlle Bayle
- Andrée Guy
- Rosanne Landry
- France Daigle
- Monique Séguin

**Members of Diagnostics and Life Trajectory Panel**

- Nadia Chawky
- Mélanie Bouchard
- Marilou Parser
- Ariane Bonnet Vinet
- Gustavo Turecki
- Monique Séguin

**McGill Group for Suicide Studies**

- Nadia Chawky
- Nancy Tremblay
- Marilou Parser
- Ariane Bonnet Vinet
- Monique Séguin
- Mélanie Bouchard
- Sarah Jane Parent
- Julie Lessard
- Gustavo Turecki

# Key Messages

## Background

The Department of Health and Wellness, in collaboration with Chief Coroner Dianne Kelly and researchers associated with the McGill Group for Suicide Studies and the Centre de recherche Fernand-Seguin, including Monique Séguin, Ph.D., Gustavo Turecki, MD, Ph.D., and Alain Lesage, MD, conducted a study of suicide victims. The purpose was to identify the personal and social circumstances that led a number of New Brunswickers to suicide so as to propose strategies for improving the services offered to suicidal individuals and their families.

## Observations

Our study of 102 cases of death by suicide in the Province of New Brunswick over a 14-month period revealed the following:

- In the large majority of cases, the suicide victims had a long trajectory of difficulties throughout their lives, i.e., an accumulation of personal, family, relational, psychological and social problems. The large majority of them had been in contact with specialized mental health and addiction services, and more than 50% of them were in contact with specialized health services during their final year of life.
- Two-thirds of the suicide victims had long-standing addiction problems, making addiction one of the most prevalent factors. Despite previous contacts with addiction services during their lifetime, only 10% of them were in contact with those services during the year preceding their suicide.
- We note major difficulties in treating persons with multiple problems, meaning a combination of problems such as depression, addiction and a suicide issue experienced by the same person. Clinical practices for such individuals should shift from fragmentary treatment of single problems in silo mode to coordinated and continuing treatment of multiple problems.
- In general, members of the public can clearly recognize signs of distress and suicidal behaviours, but for many, the next step, i.e., getting a friend or family member to appropriate services, has not yet become a natural response.

## Recommendations

We make the following recommendations to the Government of New Brunswick:

### Governance axis

Develop and agree upon regional protocols for systematic coordination and management for all front and second-line practitioners involved in the case files of persons suffering from addiction and mental disorder, with or without a suicide problem, in order to proactively refer those persons to appropriate resources, encourage them to stay in treatment, coordinate that treatment, maintain a fixed point of responsibility, provide follow up, and use an outreach approach if necessary. Achieving the objectives of this axis involves developing a provincial policy for addiction prevention and treatment, in conjunction with the policy on mental disorders, pursuant to the principles of hierarchy of care and areas of jurisdiction.

### Intervention axis

Improve the availability, accessibility and relevance of treatment services for addicts and persons with multiple problems of mental health, addiction, and suicidal behaviours.

### Prevention axis

Implement preventive measures to better reach, identify, and intervene with persons at risk of suicide and persons with mental disorders and addictions, whatever their age group. Make family/friends, peers and the community more aware of the importance of getting persons presenting suicide-related problems, mental disorders and addictions to seek help from and maintain contact with health and social services.

### Evaluative research axis

Maintain an evaluation protocol throughout the implementation process to assess the modification of the practices proposed herein.

# Executive Summary

## Research Context

Death by suicide is a major cause of mortality in New Brunswick, and it is more prevalent among adult males. With that in mind, it becomes important to be able to identify the factors that could contribute to suicide. The Department of Health and Wellness therefore conducted a study of suicide victims in collaboration with Chief Coroner Dianne Kelly and researchers associated with the McGill Group for Suicide Studies and the Centre de recherche Fernand-Seguin, including Monique Séguin, Ph.D., Gustavo Turecki, MD, Ph.D., and Alain Lesage, MD. The purpose was to identify the personal and social circumstances that led a number of New Brunswickers to commit suicide so as to propose strategies for improving the services offered to suicidal individuals and their families.

Our research methodology involved 1) charting the development of mental health problems, determining the sequence in which the initial difficulties appeared, and tracking their evolution over time; 2) surveying the accumulation of psychosocial risk factors and developmental factors; 3) tracing the trajectory of help seeking and use of health services; and 4) assessing the response to service needs.

## What We Learned

Of the 109 suicide deaths identified by the Coroner during the time of the study, the research team was able to investigate 102 suicide mortality cases that occurred over a 14-month period in the Province of New Brunswick. We observed the following:

1. In the large majority of cases, the suicide victims had a long-standing trajectory of persistent difficulties in terms of personal development, consisting of an accumulation of personal, family, psychological, psychiatric and social problems. Most of these persons had sought help from specialized mental health and addiction services at some point in their lives. The varying life trajectories of the deceased suggest that specific, targeted interventions at different points along those trajectories, including the final year of life, could have been undertaken more effectively. Our recommendations to the Government of New Brunswick reflect those different targets.

2. There were serious addiction problems among the suicide victims. More than 60% of the deceased had an addiction problem at the time of death and nearly 70% of them had struggled with such problems during their lives, making addiction one of the most prevalent risk factors. These persons also presented other disorders, especially depression, and interpersonal and social problems. Despite earlier contacts with addiction services, only 10% of them were in touch with those services during the year preceding their suicide. We therefore underscore recommendations for the coordination and continuity of specialized mental health and addiction services, broader accessibility to front and second-line addiction treatment and, in the longer term, establishment of a comprehensive policy on addiction, including prevention, treatment and reintegration, within a framework of hierarchy of care.

3. We note that nearly 70% of the suicide victims had an affective disorder, i.e., depression, at the time of death. While the treatment of depression is an important and indeed inescapable aspect of suicide prevention, it should undoubtedly be multidimensional to address the complexity of comorbid problems, enhance treatment efficacy and compliance, and ensure post-treatment follow up.

4. With respect to mental health and addiction services, we note a major stumbling block in the treatment of persons with multiple problems. All too often, specialized mental health and addiction services operate in a silo mode. Clinical practices should shift the treatment focus from single problems to multiple problems, along with coordination and continuity between mental health and addiction programs. While in some cases mental health services did everything possible to aid the suicide victims, in many other cases they could have pressed for more services and improved collaboration between existing services. In this sense, the recommendations for case coordination and follow up represent a key intervention for reducing the number of suicide deaths.

5. Lastly, it is interesting to note that, in general, members of the public can clearly recognize signs of distress and suicidal behaviours. But for many, the next essential step of getting a friend or family member to the appropriate services has not yet become a natural response. We suggest that preventive measures seek to make family and friends, peers, social service practitioners and the community more aware of the importance of getting a person presenting a suicidal problem, mental disorder or addiction to seek help from health and social services and maintain that contact.

## Recommendations

We make the following recommendations to the Government of New Brunswick:

### Governance axis

Develop and agree upon regional protocols for systematic coordination and management of all front and second-line practitioners involved in the case files of persons suffering from addiction and mental disorder, with or without a suicide problem, in order to proactively refer those persons to appropriate resources, encourage them to stay in treatment, coordinate that treatment, maintain a fixed point of responsibility, provide follow up and use an outreach approach, if necessary. Achieving the objectives of this axis involves developing a provincial policy for addiction prevention and treatment, in conjunction with the policy on mental disorders, pursuant to the principles of hierarchy of care and areas of jurisdiction.

### Intervention axis

Improve the availability, accessibility and relevance of treatment services for addicts and persons with multiple problems of mental health, addiction, and suicidal behaviours.

**Prevention axis**
Implement preventive measures to better reach, identify and intervene with persons at risk of suicide and persons with mental disorders and addictions, whatever their age group. Make family/friends, peers and the community more aware of the importance of getting persons presenting suicide-related problems, mental disorders and addictions to seek help from and maintain contact with health and social services.

**Evaluative research axis**
Maintain an evaluation protocol throughout the implementation process to assess the modification of the practices proposed herein.

## Expected Positive Impacts

We believe that the implementation of these recommendations could alter certain life trajectories by promoting earlier, more adequate contact with professional services. A large proportion of the suicide victims (53%) sought out professional mental health services during the year preceding their death. However, in the final month, those same individuals had apparently dropped their ties and contact with professional services, especially addiction services. Given that dropout, linked to insufficient follow up and coordination between services, some of those individuals lost the support so critical to them in times of crisis. We feel that better coordination between services, more outreach activities and the training of specialized mental health and addiction professionals in these new practices will make it possible to introduce services earlier on in the life trajectory of persons in distress, avoid the slippery slope to dropout, and thus alter the outcome of certain life trajectories.

Putting measures in place to reduce addiction rates and increase access to treatment and reintegration services is all-important. The rate of addiction among suicide victims is very high and exceeds the rate generally attributed to addiction in studies of this type. Although alcoholism and drug addiction rates do not seem higher in New Brunswick than elsewhere in Canada (Tjepkema 2004), these problems nevertheless go under treated in large part, even more so than the other mental disorders such as depression with which they are also associated. Still, one promising suicide prevention strategy could be to improve access to front-line treatment services and, in the long term, to develop a policy framework for addiction prevention and treatment and for reintegration, alongside the mental health policy framework, as well as to carry out a public awareness campaign over several years to promote the detection and treatment or management of addictions.

This research project is one of the most important suicide prevention initiatives ever undertaken in New Brunswick. Think of all the bereaved families that so generously participated in this study. Think of all the clinicians who were moved by compassion to share in this study above and beyond their regular professional duties. Think of all the persons who were mobilized by this study. We hope that, once mobilized in suicide prevention activities, these individuals and their communities will have the words, deeds and attitudes necessary to identify vulnerable persons at risk of suicide and help them turn from that path. We also hope that the political authorities will call for social and political actions designed to increase the

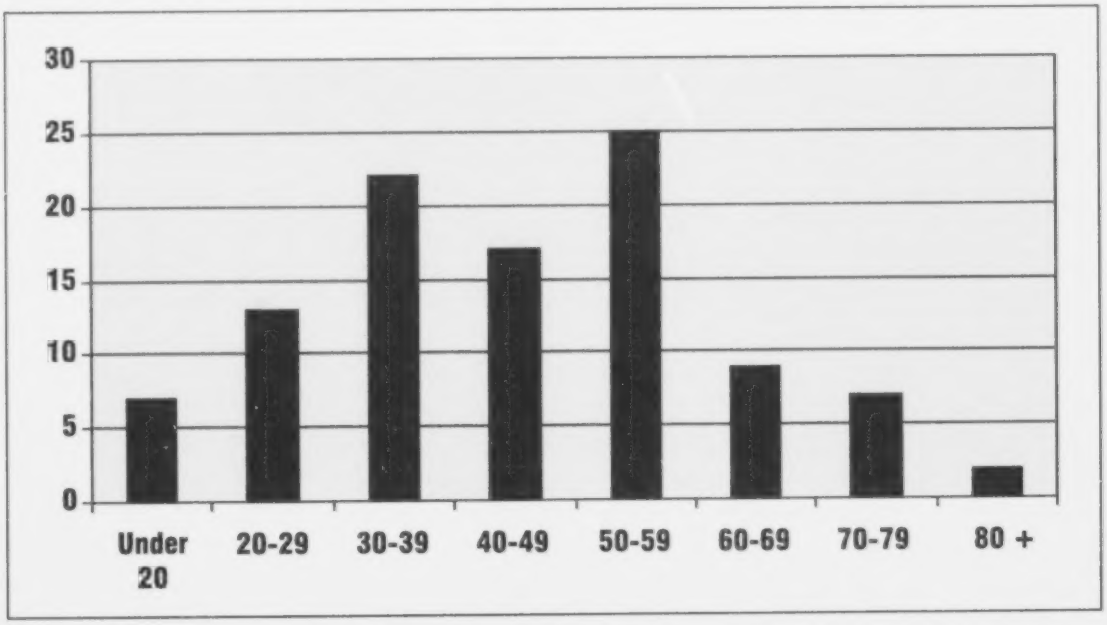
protective factors available to vulnerable individuals when they are faced with inevitable adversity. Lastly, we hope that the actions suggested by this study will be supported in the decades ahead. This project is also a considerable improvement over the last – and only – survey of this type, conducted in Finland more than 10 years ago. It puts New Brunswick in the international forefront of suicide expertise and the continuing efforts to better understand and deal with this complex issue.

# Full Report

## Statistics on Suicide in New Brunswick

The annual report of New Brunswick's Chief Coroner identifies 94 deaths as a result of suicide in the 2001-2002 fiscal year, for an incidence of 12.4 per 100,000 population. Analysis of the data leads to the following observations. Suicide is more prevalent among males (75.6%) than females (24.4%). Graph 1 below plots the ages of the suicide victims included in this study. Suicide deaths occur especially within the population aged 30 to 60, although young people and the elderly are not spared.

**Graph 1 - Age distribution of study subjects**




According to 2000-2001 data from the Coroner's Report, suicide rates vary from one judicial district to another. For example, Campbellton posted the highest rate of suicide deaths at 29 per 100,000 population, followed by Bathurst at 25.4 and Edmundston at 21.8. During the 2002-2003 study period, the suicide rates were 20.38 per 100,000 population (44 suicides) for the northern part of the province (Edmundston, Campbellton and Bathurst regional health authority areas) and 12.15 per 100,000 population (65 suicides) for the southern part (Moncton, Saint John and Fredericton regional health authority areas).

The most common suicide methods were hanging (39%), use of a firearm or sharp instrument (34%), drug overdose, and $CO^2$ (19%). Jumping and drowning accounted for 10% of the other deaths.

The most recent data available from Statistics Canada (1999) put the national suicide rate at 13.4 per 100,000 population. New Brunswick's suicide rate over the past 10 years has consistently hovered around the national rate, a little higher at times, but more often slightly lower, with 100 suicide deaths a year on average. Among the four Atlantic provinces, New

Brunswick recorded a slightly higher suicide rate per 100,000 population during the years 1993-1998 and matched Nova Scotia's rate for 1999.

## Research Context and Rationale

In New Brunswick, apart from sociodemographic and epidemiological data on suicide deaths, there are no scientific data on suicide victims' life trajectories or use of services. Provincial health care administrators responsible for implementing suicide prevention measures cannot rely solely on study findings from outside the province. For the same reasons, they cannot say with certainty that the suicide prevention activities that have been implemented are meeting their objectives or the goal of the provincial Suicide Prevention Program.

Each year, 100 persons on average commit suicide in New Brunswick and roughly 800 are hospitalized after attempting suicide.[1] But the actual number of victims is much larger, comprising the families, friends and peers who must cope with the devastating loss, rebuild their lives and try to make some sense of the tragedy.

The initiative launched by this research project places New Brunswick in the role of an expert, for it is the only Canadian province to have systematically studied all suicide deaths that occurred in the space of one year. This expertise can be useful to clinicians in their daily practice, to administrators in planning health care services and to researchers in the advancement of knowledge about suicide.

## Research Objectives

The study consisted of tracking events and circumstances, i.e., the accumulation of difficulties that marked the lives of the suicide victims, from various perspectives: 1) charting the development of mental health problems (determining the sequence in which the initial difficulties appeared and tracking their evolution over time); 2) surveying the accumulation of psychosocial risk factors and protective factors; 3) describing help-seeking behaviours and use of health services; and 4) evaluating how well practitioners, programs and the health and social services system in New Brunswick responded to service needs.

## General Information About This Study

We surveyed 109 suicide deaths that occurred in New Brunswick between April 2002 and May 2003. During the initial contact through the Coroner's Office, seven deaths were not investigated, for several reasons: there were overriding legal factors, it was not possible to find any respondent since the deceased had cut himself/herself off from society altogether, or the family questioned the relevance of the study. The seven cases that were not investigated were all suicide deaths involving adult males between the ages of 27 and 59.

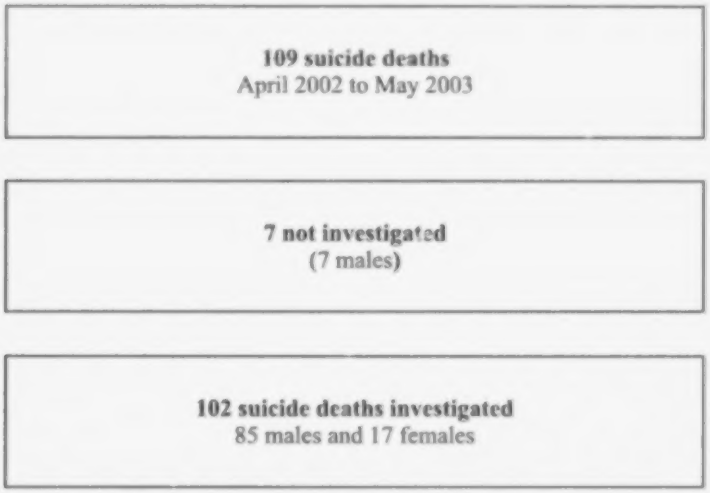
After the first contact with the families, 102 of them agreed to allow our research team to investigate the factors that may have contributed to the events and gather information about the services the suicide victims had received. We used one of two investigative approaches, depending on the extent of family involvement in the study.

---

1. New Brunswick Department of Health and Community Services, Vital Statistics: Internal Report, 1999.

Under the first approach, 54 families were interviewed to gather information on the lifelong course of the deceased's mental health up to suicide completion (our main measuring instruments were SCID I-II questionnaires and a life calendar) and to ascertain the significant events along the suicide victim's life trajectory and the help-seeking behaviours. Additionally, with the family's consent, the medical files were examined to back up the information gathered and determine what resources the deceased had used. The chart below summarizes the manner in which the files were handled.

**Table 1**
**Chart of suicide study files**


109 suicide deaths
April 2002 to May 2003
7 not investigated
(7 males)
102 suicide deaths investigated
85 males and 17 females
54 families seen
Family interviews and file reviews
48 families not seen
File reviews and telephone contacts with family

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Socio-demographic questionnaires n=102 | 54 SCID I- II diagnoses, 48 diagnoses through medical file reviews | Life trajectory Entire file N= 79 | Panel Record 1 n=102 Record 2 n=102 Record 3 n=102 Record 4 n=102 Record 5 n=102 | Clinical vignettes n=102 | Panel with recommendations n=102 |

Under the second investigative approach, we searched the files for information but had telephone conversations only with the 48 families that did not wish to meet with us. In all cases, however, the families completed questionnaires concerning the sociodemographic characteristics of the deceased, and vignettes were compiled to summarize the information gathered on life history and use of services. Those vignettes were submitted to a panel of experts to validate the diagnoses found in the life histories, determine what interventions would have been needed and the options for setting up structures and services, and establish the degree to which the suicide deaths may have been prevented. Note that most of our tables give numbers of persons, not percentages: there are 102 study subjects, meaning that actual numbers and percentages are virtually the same.

## Recruitment of Suicide Victims' Families

During the study period, April 2002 to May 2003, the Chief Coroner reported 109 suicide deaths to us. The recruitment methods were developed in co-operation with New Brunswick's Chief Coroner. The Coroner's Office sent the families a letter explaining the study and a professional from that office followed up by telephone after the families received the letter. The names and telephone numbers of the families that agreed to participate in the study were forwarded to the research team.

The research project coordinators, who worked closely with the Coroner's Office, called the families to explain the goal and objectives of the study and request their collaboration. In our experience, this initial telephone contact made it possible to provide support for individuals who expressed an immediate need for such help. The study was described to them in detail and their collaboration was requested.

If the family agreed to participate in the study, we asked for the person who had known the suicide victim best or the person who was designated by the family. The interviewers then contacted that person to arrange an appointment for the research interviews. The interview program did not begin until three months after the death to give the bereaved sufficient time to begin the grieving process. No interviews were undertaken without the written consent of the bereaved respondents. Two or three interviews were conducted with each respondent, and there were up to five interviews in some cases. After each interview, the interviewers systematically did a telephone follow-up with the families and made arrangements for another appointment to complete the data collection process.

In terms of the time required for recruitment, in person interviews, telephone follow ups to support the family, and preparation of the clinical vignette, we calculate that it took 30 hours on average to collect the data necessary to describe the life trajectory (clinical vignette) of each suicide victim.

## Data Collection

The participants were seen twice on average, and each meeting lasted about three hours, depending on the participant's fortitude. Each interview was tape-recorded for a consistency check later on. During that time, the participant had to answer a series of semi-standardized questions. That three-hour clinical interview went surprisingly fast. The participants appreciated this, and since a conversational approach was used, the length of the interview seldom posed a problem. The questionnaires described below were administered to the participants.

### Interview to determine post-mortem diagnosis

As part of this interview, the researchers administered SCID questionnaires to a relative who had known the deceased well in order to determine whether the suicide victim presented a psychopathology on Axis I (e.g. depression or addiction) or Axis II (e.g., personality disorders) (Brent et al., 1989; Lesage et al., 1994; Turecki et al., 2001).

### Interview to chart life trajectory

As part of a semi-standardized interview, the participants described the life trajectory of the suicide victim in order to document the times at which personal, family or social difficulties, or other adverse events had appeared. They were then asked to describe the deceased's help seeking and use of health services (Caspi et al., 1996; Bifulco, 1996).

### Review of user files

The user files were reviewed to systematically document the service requests and the responses given to the study participants.

### Panel of Evaluators for Assessing Relevance of Services Received

A panel comprised of researchers, professionals, a representative of family/friends, and decision makers was set up to assess the relevance of the services the deceased had received and the extent to which the suicide deaths were preventable. The panel's analysis described the need for *individual actions* that could be taken by family/friends and health and social service practitioners. Actions *at the local level* referred to interventions deliverable by local front-line health care networks, specialized second-line service networks, and community organizations. Then, on the basis of the overall evaluations made by the panel members, the actions required *at the provincial level* were described. The panel used information taken from the medical files and through the interviews with family and friends or with public and private-sector health and social service practitioners who may have been involved. The frame of reference was taken from Kovess et al. (2001), based on experience with valid tools for evaluating individual mental health needs (Kovess et al., 2001). Five needs analysis records had to be created to account for the realities of the suicide victims and the levels of individual and systemic needs.

The research team prepared a case history describing the person's mental health problems and entire life trajectory, then added all information obtained about the person's lifetime use of services, particularly mental health services, with particular emphasis on those received during the year prior to suicide. This section was presented in the form of a report describing not only the interventions but also available information on the impact of those interventions and the individual's satisfaction with them. That information was gathered through the accounts of family and friends and the files consulted.

On the basis of that information, the panel went through five steps reflected in five needs analysis records.

I. Services received during the person's lifetime, in the final year, and in the final month prior to death, through front-line medical and psychosocial services, specialized second-line mental health and addiction services, and non profit community organizations.

II. The person's medical and psychosocial problems during the final year and the interventions from front and second-line services, family and friends, school, police or legal services, and non profit community organizations.

III. The ideal scenario for the care the person should have received during the final year, details regarding his/her medical and psychosocial problems, and the interventions that ideally should have been made. This analysis record summarizes the needs.

IV. The interventions that should have been made but were not available locally, through programs, regional services or at the provincial level to support the individual interventions identified in the ideal scenario presented in analysis record III. Those unavailable services were categorized by types of needs, e.g., training, psychotherapy, medication, coordination, governance and funding.

V. Lastly, the panel used all the information included in the preceding analysis records to determine whether the suicide was preventable, using a scale of 1 to 5 as follows:

1. **Totally unforeseeable suicide.** For example, a person with no history of emotional problems who commits suicide after an unhappy love affair, without talking about it to anyone and without showing any signs of abnormal or unusual distress to anyone.
2. **Suicide for which there was no reasonable known way to counter the risk factor.** For instance, a person with a borderline personality disorder who had serious drug addiction and depression problems and who, despite the reasonable efforts of specialized psychiatric teams, was not able to find relief. The person was known by the team to present a medium-term risk of suicide.
3. **Suicide that could have been prevented with an increase in the measures already undertaken, the need for which, however, was somewhat difficult to anticipate.** For instance, a patient hospitalized in a psychiatric department or a young person in a youth centre with emotional difficulties and a certain level of suicide risk for whom treatment and monitoring measures had been undertaken, said measures being consistent with the suicide risk established but obviously inadequate, given the outcome. Or a person identified as being at risk in his/her community, having begun potentially effective therapy, with a suicide risk that was recognized but clearly underestimated, given the outcome.
4. **Suicide possibly preventable if measures had been taken given the possible risk.** The person presented more than one factor liable to contribute to suicide risk, and interventions may have been undertaken but only partially and not necessarily addressing all the pertinent factors where intervention would have worked.
5. Suicide that could **easily have been prevented** because there were potentially effective interventions that, if they had been adequately put in place, would definitely have modified the predisposing conditions. For instance, a person with a clear major depression for the first time, treated by a family physician who fails to recognize the person's depressive state and treats him/her with an inappropriate medication or an inadequate dosage.

The members of the research team then examined the panel's aggregate findings by means of transversal analyses establishing the actions that should be proposed at the provincial level given the extent of the deficits noted in actions at the individual and local levels. These are the recommendations that appear in the summaries of this report and are detailed later.

# Findings

## Sociodemographic Profile

The sample comprised 85 males and 17 females, most of them Caucasian (95%). Most of the suicides (63%) occurred between the ages of 30 and 59; 41% of the deceased were part of a couple, 37% were separated, divorced or widowed, and 22% were single.

The suicide victims did not tend to have a high level of formal education: 37% had not earned a high school diploma or the equivalent, 17% had a high school diploma, while only 10% had done postsecondary studies. The level of education for some of them (36%) is unknown, however. We do know that more than half of the subjects were unemployed at the time of death and that almost 19% were deemed disabled.

## Psychopathological Profile

Mental health problems would seem to be a constant in the profile of the suicide victims (see Table 2). Indeed, 97% of them presented a mental health disorder, and 75% suffered from two or more such disorders. Beyond the final six months, we also note the presence of long-term mental disorders and addiction (see Table 2), indicating the persistence of those problems.

Fifty-five per cent (55%) of the suicide victims had both a dependence problem and another disorder; 56% of them had a mood disorder and a second disorder (drug addiction or personality disorder). Of the persons having only one identified disorder, 17% suffered from depression and 7% from an addiction (see Table 3).

**Table 2**
**Number of persons with an Axis I or II disorder**

| N=102 | Final 6 months No. of persons | Lifetime No. of persons |
|---|---|---|
| Mood disorder | 69 | 56 |
| Abuse or dependence problem | 61 | 68 |
| Anxiety disorder | 22 | 17 |
| Psychosis and associated symptoms | 7 | 6 |
| Personality disorder | 52 | 52 |
| No disorder | 9 | 10 |
| Single disorder | 18 | 18 |
| Comorbidity (two or more disorders) | 75 | 74 |
| Total having at least one diagnosis | 97 | 92 |

With regard to the different types of problems, the data collected show that abuse and dependence problems were very widespread among the deceased (61%), making these a major suicide-related risk factor. Indeed, this is one of the highest percentages we have encountered in this type of study. By decreasing order of prevalence, the most common

problems were alcohol dependence, drug dependence, alcohol abuse, drug abuse and also pathological gambling to a lesser extent (5%). In terms of lifetime prevalence, alcohol dependence and alcohol abuse were the most prevalent.

With regard to other disorders existing at the time of suicide, almost 70% of the deceased had a mood disorder, with major depression coming first, followed by unspecified depression. When it comes to lifetime prevalence, major depression was first, followed by dysthymia. Twenty-two persons were also diagnosed with an anxiety disorder during the final six months of life.

Personality disorders were diagnosed in 52% of the suicide victims. In this category, borderline and anti social personality disorders, or unspecified personality disorders with strong borderline or anti-social features, stand out.

**Table 3**
**Combination of Axis I and II disorders**

| Combinations of actual difficulties | Number |
|---|---|
| DEP, SUB, ANX, PER | 5 |
| DEP, SUB, PSY, PER | 2 |
| DEP, SUB, PER | 24 |
| DEP, ANX, PER | 5 |
| SUB, ANX, PER | 1 |
| DEP, PER, PSY | 1 |
| DEP, SUB, ANX | 1 |
| DEP, SUB | 11 |
| SUB, PER | 7 |
| DEP, PER | 6 |
| SUB, ANX | 3 |
| SUB, PSY | 1 |
| ANX, PSY | 1 |
| DEP, PSY | 1 |
| ANX, PER | 1 |
| DEP | 9 |
| SUB | 7 |
| ANX | 1 |
| PSY | 1 |
| NONE | 9 |

**Legend**
DEP: mood disorders
ANX: anxiety disorders
PER: personality disorders
SUB: substance dependence and abuse
PSY: psychosis and other associated symptoms

To summarize, we observe an accumulation of mental health and addiction problems among the suicide victims. Those problems were not recent but were rooted in the individuals' life trajectories. Interventions and treatment plans therefore cannot be based on actions that address single problems. Interventions must take account of the complexity and large number of problems, and the emphasis needs to shift to multiple interventions necessitating coordination, follow up by the care team and commitment to treatment on the part of the patient. Encouraging such commitment is another part of the care team's job.

## Precipitating Events and Life Trajectories

While we observe an accumulation of mental health problems in the lives of the suicide victims, the lifetime prevalence tells us that those problems were not recent. Data on precipitating events and life trajectories show how recent events reflect long-standing – often lifelong – personal, family, psychological, and social problems.

Our research identified the main events associated with death by suicide (See table 4). For half the individuals, a significant loss was often the last straw. Failed relationships, couples in difficulty, a variety of major losses, problems with school, work or money, and other traumatizing situations (e.g., assault, fear of serious illness) were among the events associated with suicide completion. Among the other types of events, loss of physical independence and real or potential loss of freedom (e.g. fear of imprisonment) appear among the final elements in the life of the deceased. For others, events associated with mental health problems predominated. They included a worsening depressive state, an episode of high alcohol abuse or an intensifying psychotic state. These changes for the worse became precipitating factors for suicide.

**Table 4**
**Main event associated with the suicide**

| N=102 | Number |
|---|---|
| Worsening mental health/addiction problems | 49 |
| Break-ups | 13 |
| Couple in difficulty | 8 |
| Losses | 12 |
| School/work/financial problems | 9 |
| Other types of events | 10 |
| No event identified | 1 |
| **TOTAL** | **102** |

Only rarely did none of these events occur in the deceased's final period of life. Indeed, we found only one exception.

This study also enabled us to chart the life trajectories of the deceased. This approach, which uses a life calendar, uses 12 developmental spheres to trace the events that mark an individual's life: place of residence, parent-child relationship, emotional life and couple relationship, family life, episodes of personal difficulty, academic and professional life, loss/separation/departure, other adversity factors, protective factors, help-seeking, and medication taking. We tried to determine whether these events might have been situational or permanent in the lives of the deceased and noted their duration, intensity and frequency.

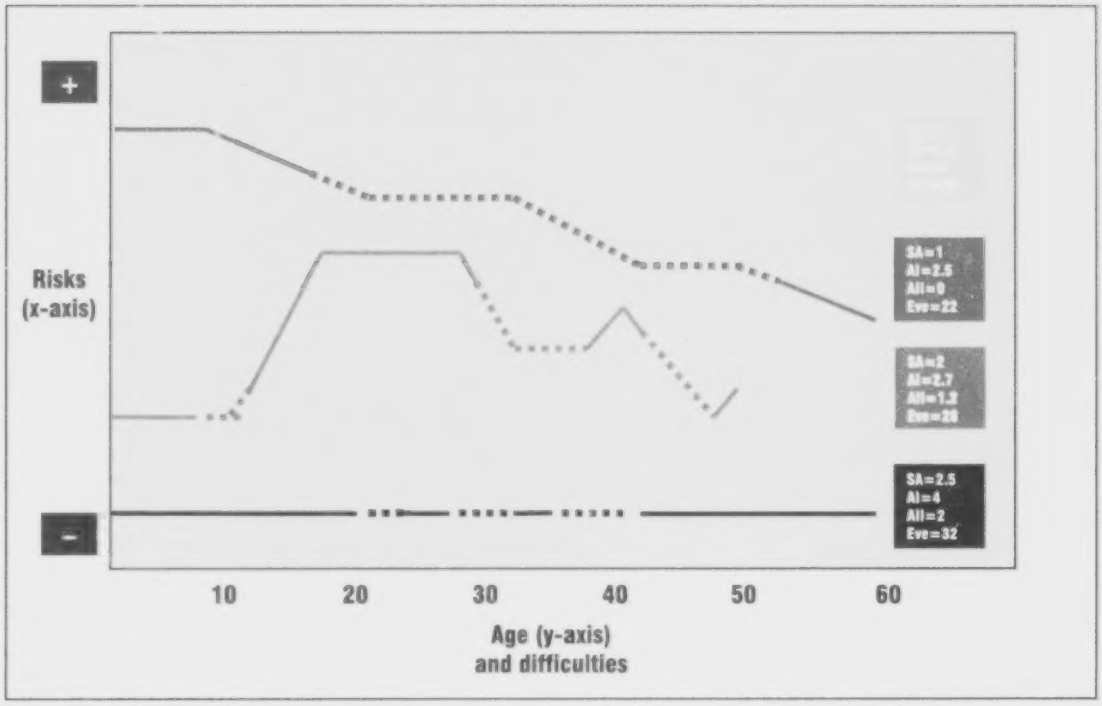
This particular analysis was based on events recalled by family and friends, writings, medical and psychosocial reports, diaries and so on. After collecting this data, we analyzed each individual life trajectory. As a panel of experts, we rated each five-year block in terms of risk. We used a scale of 1 to 6 to identify the degree of risk in the individual's development based on the following grid.

**Table 5**
**Risk assessment**

| Overall assessment | Rating | Risks | Protection |
|---|---|---|---|
| **Low** | **6** | Few difficulties | Protection present |
| | **5** | A few risk factors<br>- Over short period of time<br>- Affecting only one/two spheres | |
| **Moderate** | **4** | Several risk factors<br>- Over short period of time<br>- Affecting several spheres | Some protection |
| | **3** | Several risk factors<br>- Over long period of time<br>- Affecting several spheres | |
| **Strong** | **2** | Multiple risk factors/each sphere<br>- Over long period of time<br>- Involving almost all spheres | Little or no protection |
| | **1** | Multiple risk factors/each sphere<br>- Over very long period of time<br>- Involving all spheres | No protection |

In the clinical opinion of experts, the compilation of all these factors in five-year blocks and the assigning of a specific risk rating for the severity of the problems paint a picture of the burden borne by the individual. The risk ratings form the curve of these trajectories, as shown in graph 2.

**Graph 2 -**
**Life Trajectory**




The X axis is the trajectory showing the person's age at the time of severe difficulties; the Y axis plots the extent of the risk, with the minus sign (-) meaning a high risk and the plus sign (+) a low risk. This analysis gives rise to four profiles that reveal differences in terms of the average age at the time of suicide, the average number of suicide attempts, and mental health or addiction problems (Axis I) and personality disorders (Axis II ) (see Table 6).

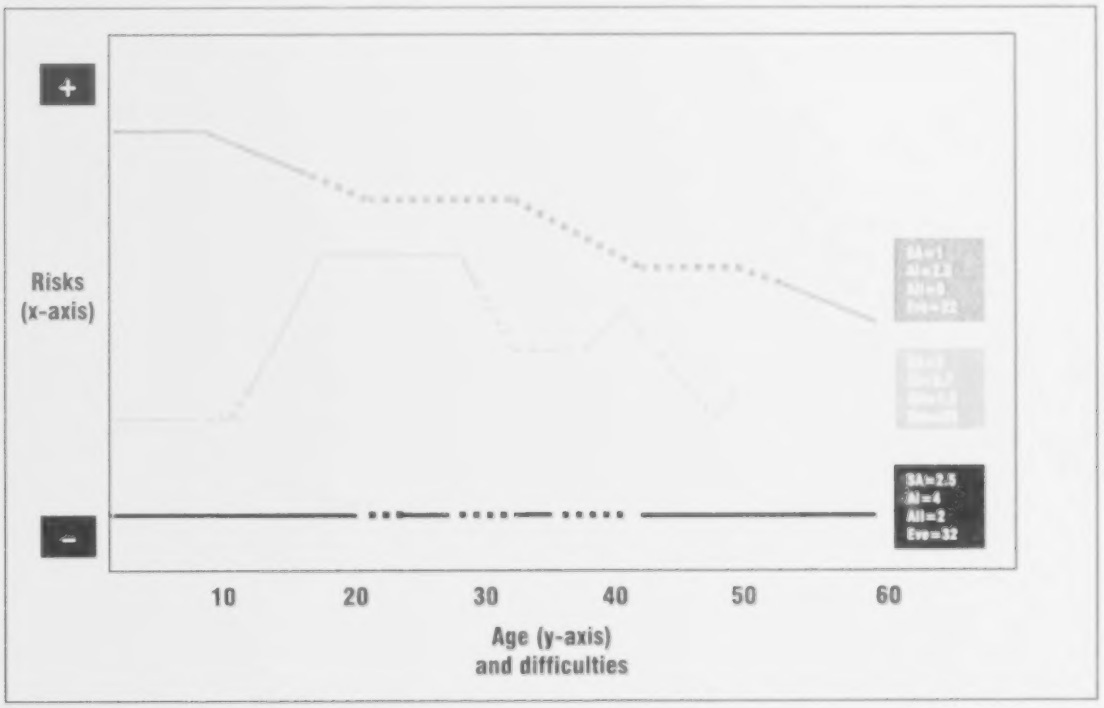
**Table 6 - Distribution of psychopathologies and suicide attempts, by type of trajectory**

| TRAJECTORY | Average age | Average SA | Average DX Axis I | Average DX Axis II |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 52 | 0.03 | 1.4 | 0.6 |
| 3 | 41 | 0.60 | 2.5 | 0.6 |
| 2 | 51 | 2.00 | 2.7 | 1.2 |
| 1 | 38 | 2.50 | 4.0 | 1.8 |

(Note: DX is diagnostic)

In the clinical opinion of experts, the compilation of all these factors in five-year blocks and the assigning of a specific risk rating for the severity of the problems paint a picture of the burden borne by the individual. The risk ratings form the curve of these trajectories, as shown in graph 2.

**Graph 2 -**
**Life Trajectory**




The X axis is the trajectory showing the person's age at the time of severe difficulties; the Y axis plots the extent of the risk, with the minus sign (-) meaning a high risk and the plus sign (+) a low risk. This analysis gives rise to four profiles that reveal differences in terms of the average age at the time of suicide, the average number of suicide attempts, and mental health or addiction problems (Axis I) and personality disorders (Axis II ) (see Table 6).

**Table 6 - Distribution of psychopathologies and suicide attempts, by type of trajectory**

| TRAJECTORY | Average age | Average SA | Average DX Axis I | Average DX Axis II |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 52 | 0.03 | 1.4 | 0.6 |
| 3 | 41 | 0.60 | 2.5 | 0.6 |
| 2 | 51 | 2.00 | 2.7 | 1.2 |
| 1 | 38 | 2.50 | 4.0 | 1.8 |

(Note: DX is diagnostic)

In trajectory 1, which represents the experience of 15% of the deceased, life presented several adversity factors from the beginning, including neglect, mistreatment, major family conflict, or physical and sexual abuse, which accumulated as the individual grew older. The magnitude of risk events in early childhood is associated with major family conflicts, difficulties at school, very early substance use, and so on. It is as though the individuals fell early on into a difficult trajectory that became increasingly hard to alter. Consequently, the accumulation of adversity factors lasted throughout their lives. In trajectory I, we observe a larger number of suicide attempts and Axis I and II psychopathologies. Individuals on these life trajectories were the ones who committed suicide the earliest on average (at age 38). These trajectories illustrate the importance of early intervention in the lives of vulnerable and at-risk families and of acting on the early determinants of health.

Trajectory 2, which represents the experience of 24% of the deceased, groups the individuals for whom life was difficult at the start but began improving in early adulthood. Apparently, this improvement came once they left the family environment and embarked upon independence and relative freedom. The risk factors decreased and the protective factors increased during this period. However, it seems that the onset of adversity events after that positive period coincided with an increase in family problems, marital discord, and parenting difficulties. We also see an accumulation of work-related conflicts of all kinds, problems associated with alcohol and drug use, and depressive states. Those events built up prior to suicide completion. It is as though these individuals had harboured a measure of vulnerability (especially in terms of personality) during all that time, and then personal, psychological and psychiatric problems caught up with them in mid-life, triggering relational disintegration and multiple difficulties prior to suicide completion. Individuals characterized by trajectory II come second to trajectory I subjects in suicide attempts (SA) and present fairly high rates of Axis I and II psychopathologies.

Trajectory 3, representing the experience of 43% of the suicide victims, is characterized by a descending line. Life apparently began well and initially included few risk factors and numerous protective factors. Over the course of their development, adversity factors gradually emerged, and the living environment deteriorated, but without strong risk factors. These individuals present a larger number of clinical psychopathologies (Axis I), especially alcohol and drug addiction and affective disorders (depression). These problems may have begun early in life and existed over many years at varying intensities. The individuals on this trajectory were characterized in particular by relational and emotional disintegration, compounded when the burden of problems caused by a long period of alcoholism and depression is factored in. As a rule, they made few suicide attempts in their life, and suicide often appears in association with separation, significant affective loss, and cascades of negative events. Social policies aimed at the reduction and early treatment of addiction and depression take on special importance in this trajectory.

The suicides in trajectory 4, which represents the experience of 17% of the deceased, are the hardest to understand since there are virtually no known risk or adversity factors. While there are numerous risk factors associated with the suicides in trajectories 1, 2 or even 3, these last suicides are the most difficult to foresee. We also note that the individuals in this trajectory committed suicide the latest in life, at age 52 on average. Those deaths often occurred at a

time of major loss, frequently involving real or perceived public humiliation or loss.

In short, these trajectories show first that there is no one single suicide victim profile and that previously diagnosed mental disorders do not usually occur in a vacuum but are manifested more particularly in individuals who have often experienced difficult personal, family, psychological and social trajectories since childhood. Other trajectories deteriorate after a time of improvement, and still others may reflect a slow decline accompanied and compounded by mental disorders. Common to such disintegration are situations of drug or alcohol dependence, together with failed personal attempts to overcome the problems, which only increases loss of self-esteem and despair before the final cascade, in which all these factors meld and become unbearable for the vulnerable individual. All four of these typical trajectories draw on more distant events, prior to the final year, and more recent events, during the final year.

These trajectories may provide a better understanding of the various suicide victim subgroups. It may become easier, furthermore, to attach specific risk factors to these trajectories in order to better evaluate and grasp the relative importance of the different risk factors at play in each of them. Each trajectory may call for specific measures that target different points in time, e.g., the implementation of measures that are delivered closer to the critical period and would make coordinated treatment of addiction and mental disorders more accessible. Other measures addressing these same problems could be implemented further downstream to target emerging addiction or depression problems responsive to effective interventions. Other measures could be taken even earlier to prevent the development of these types of behaviour and promote mental health by improving social support and resiliency in children and adolescents and by prevention campaigns to counter substance abuse and act on health determinants.

The introduction of measures during the final year will also entail analyzing the use of services and enlisting a panel of experts to determine the suitability of those measures in the final year.

### Use of Public, Private and Community Services

During their lifetime, nearly all the suicide victims sought out specialized mental health and addiction services, as well as front-line medical services. Over half of them consulted front-line psychosocial services, while one-third sought help from volunteer services. What is most striking about the final year prior to suicide is the strong tendency to call on private or public specialized services, followed closely by front-line medical services. As for services received during the final month of life, private or public specialized services were used to a fair extent (34.3% of the individuals). Professionals working in mental health centres, i.e., psychologists, social workers and nurses, were consulted most often during the final month prior to death (18%; final year, 26%), followed by psychiatric physicians (12%; final year 32%) and Emergency services (8%; final year, 24%). However, addiction services were used less often, by only 3% of the deceased in the final month and 4% in the final year. Of note is the follow up by front-line health and social services professionals, who were consulted by 18.6% of the persons during the final month, and front-line medical services, including general practitioners, consulted by 17.6% of them. Among front-line services, the suicide

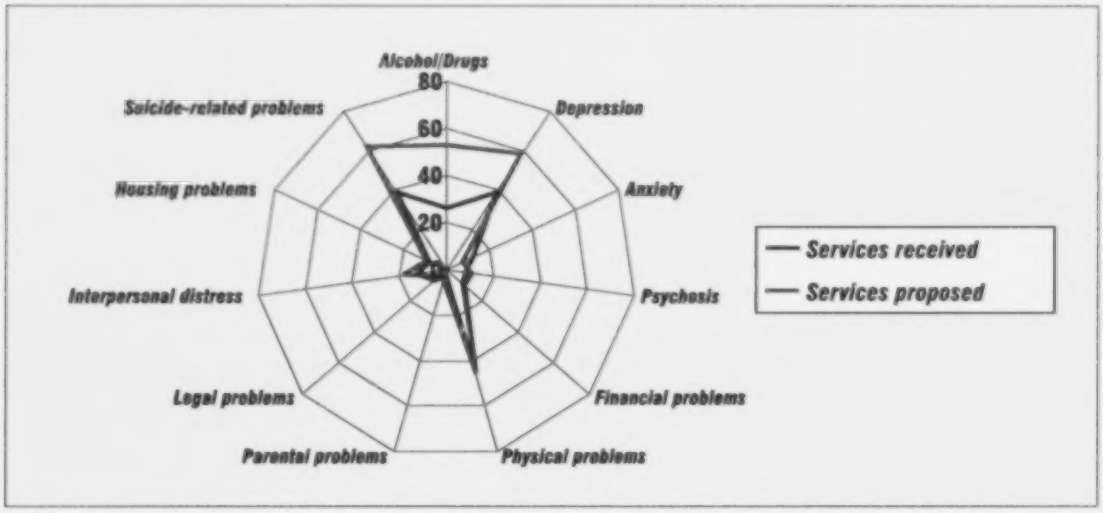
victims called on police services at the rate of 4% in the final month and 9% in the final year (17% over their lifetime). The suicide victims made far less use of volunteer or non profit services (8%). Among those particular services, Alcoholic Anonymous and clergy were consulted more often, while little use was made of hotlines (1% in the final month and 2% in the year prior to death).

**Table 7 -**
**Summary table of services received, in preceding month or year and over lifetime**

| | Month | Year | Lifetime | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Medical services** | | | | |
| *Number of persons who consulted at least one service* | 18 | 50 | 83 | 88 |
| | ***17.6%*** | ***49.0%*** | ***81.4%*** | **86.3%** |
| **Front-line health and social service practitioners (nurses, social workers, school professionals, police)** | | | | |
| *Number of persons who consulted at least one service* | 19 | 34 | 45 | 58 |
| | **18.6%** | **33.3%** | **44.1%** | **56.9%** |
| **Private or public Mental Health specialized services** | | | | |
| *Number of persons who consulted at least one service* | 35 | 54 | 86 | 93 |
| | **34.3%** | **52.9%** | **84.3%** | **91.2%** |
| **Volunteer or non profit services (e.g. hotlines and support lines, clergy, Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous)** | | | | |
| *Number of persons who consulted at least one service* | 8 | 16 | 28 | 35 |
| | **7.8%** | **15.7%** | **27.7%** | **34.3%** |
| *Number of persons who consulted at least one of all services* | 52 | 78 | 97 | 99 |
| **Total** | **51.0%** | **76.5%** | **95.1%** | **97.1%** |

Comparison, by the expert panel, of the services the suicide victims received and the services they should have been offered, lead to some disturbing results. We contrasted the observed situation with the ideal scenario and then identified and analyzed the problems at hand in relation to the therapeutic interventions received or required from the different front and second-line services (medical, psychosocial, specialized and community), family and friends, school and the legal system.

**Graph 3 -**
**Summary of interventions received and required**

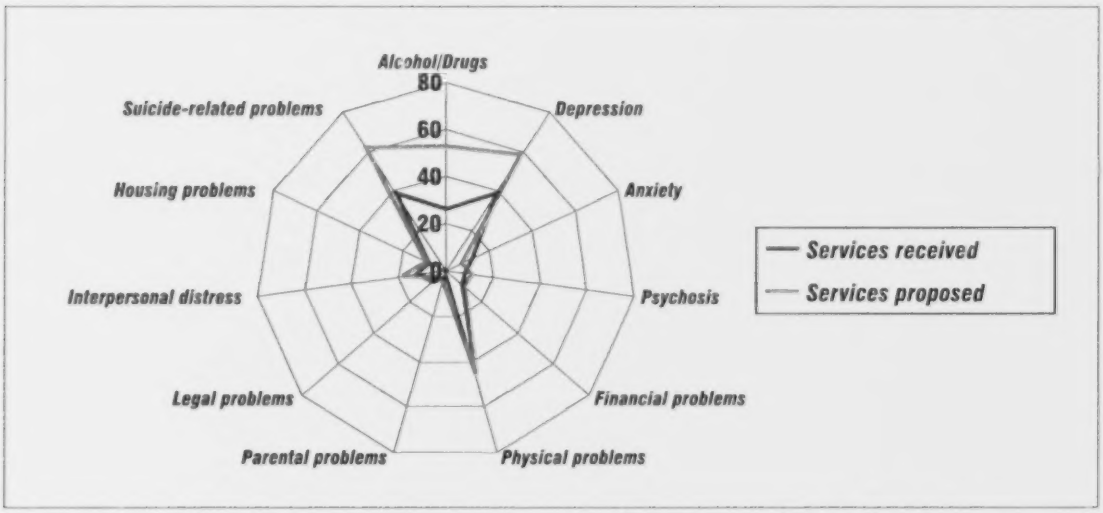



As shown by Graph 3, problems associated with treatment of alcohol or drug addiction account for the biggest discrepancy between services received and services required, followed closely by problems associated with treatment for suicide-related problems and depression. Persons presenting these combined problems are the ones who received adequate interventions least often and who should have received multidisciplinary management. Looking further at these deficiencies, we notice that psychological problems are overrepresented by comparison with financial, physical, housing, legal and other problems. Furthermore, when the individuals had multiple difficulties (especially those coping with two, three or four different problems), multidisciplinary services were not provided in response. This is especially true for persons who had multiple alcohol/drug, suicide-related, and physical problems or for those presenting comorbid alcohol/drug and physical problems, and to a lesser extent, suicide-related and physical problems.

Looking more closely at Table 8 (interventions received by the suicide victims compared with those that should have been provided), we note deficiencies in terms of the interventions delivered in response to requests for help, assessment and case follow up: these deficiencies are major when it comes to referral between services and assessment. The psychiatric medications received were not necessarily adequate in certain cases, while others should have had medication. There were also major deficiencies in case management by the various services: case management would have required a more closely supervised environment for a given period of time (hospitalization, detox centre) and follow up with a specified key

Comparison, by the expert panel, of the services the suicide victims received and the services they should have been offered, lead to some disturbing results. We contrasted the observed situation with the ideal scenario and then identified and analyzed the problems at hand in relation to the therapeutic interventions received or required from the different front and second-line services (medical, psychosocial, specialized and community), family and friends, school and the legal system.

**Graph 3 -**
**Summary of interventions received and required**




As shown by Graph 3, problems associated with treatment of alcohol or drug addiction account for the biggest discrepancy between services received and services required, followed closely by problems associated with treatment for suicide-related problems and depression. Persons presenting these combined problems are the ones who received adequate interventions least often and who should have received multidisciplinary management. Looking further at these deficiencies, we notice that psychological problems are overrepresented by comparison with financial, physical, housing, legal and other problems. Furthermore, when the individuals had multiple difficulties (especially those coping with two, three or four different problems), multidisciplinary services were not provided in response. This is especially true for persons who had multiple alcohol/drug, suicide-related, and physical problems or for those presenting comorbid alcohol/drug and physical problems, and to a lesser extent, suicide-related and physical problems.

Looking more closely at Table 8 (interventions received by the suicide victims compared with those that should have been provided), we note deficiencies in terms of the interventions delivered in response to requests for help, assessment and case follow up: these deficiencies are major when it comes to referral between services and assessment. The psychiatric medications received were not necessarily adequate in certain cases, while others should have had medication. There were also major deficiencies in case management by the various services: case management would have required a more closely supervised environment for a given period of time (hospitalization, detox centre) and follow up with a specified key

practitioner, recontact, and even a home outreach approach if necessary. We also note significant deficiencies in terms of individual or group psychotherapeutic interventions for addictions and treatment of depression or anxiety disorders. Half the individuals also presented physical conditions requiring medical follow up and those needs were better met.

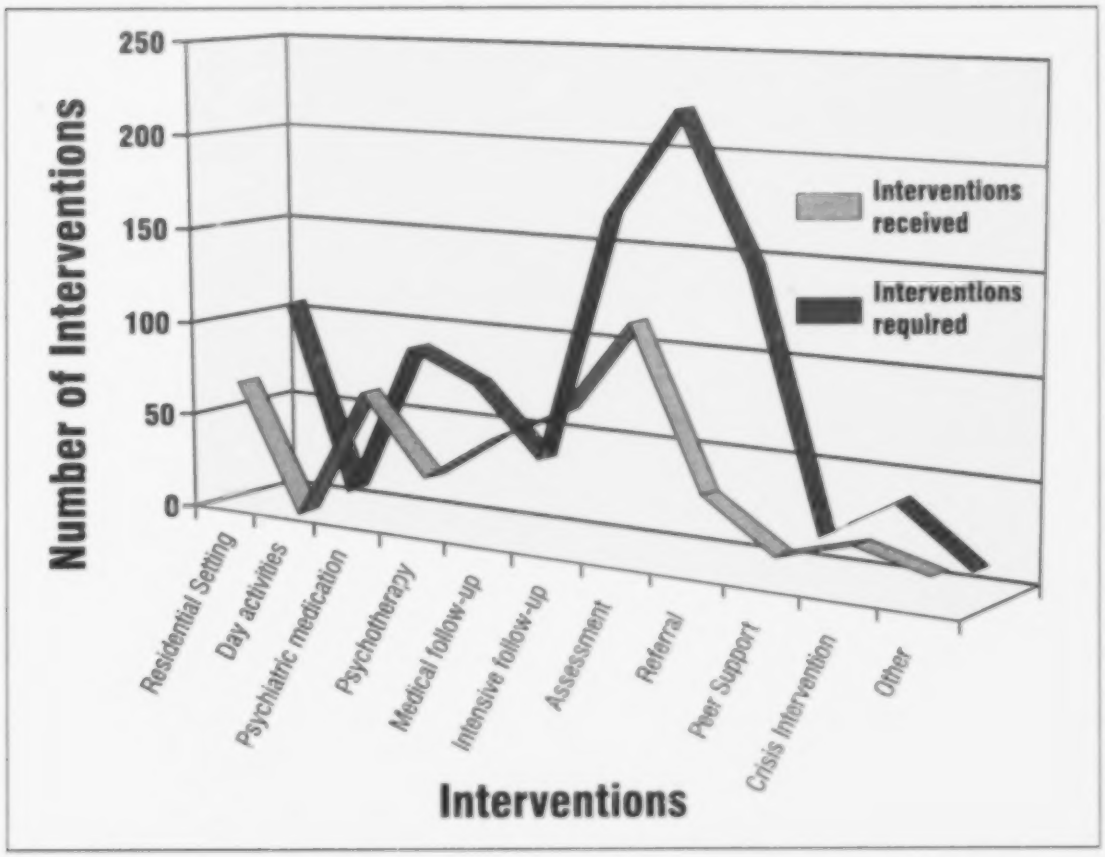
**Table 8 -**
**Discrepancies between interventions received and those required**

| | Interventions received | Interventions required |
|---|---|---|
| **Psychiatric medication** | 51 | 65 |
| **Assessment** | 50 | 86 |
| **Residential setting/hospital/ detox centre** | 38 | 70 |
| **Medical follow-up of physical condition** | 35 | 44 |
| **Case follow-up** | 34 | 71 |
| **Referral** | 27 | 69 |
| **Psychotherapy** | 19 | 48 |
| **Crisis intervention** | 18 | 24 |
| **Peer counselling** | 13 | 12 |
| **Other** | 9 | 10 |
| **Day activities** | 1 | 4 |

The types and levels of services needed to deliver the required interventions identified earlier, and the combination of those services, are shown on the ribbon chart below. We note a significant difference between services received and required in the areas of 1) assessment and psychiatric medication, 2) provision of an intake service such as hospitalization or a space in a detox centre or residential setting, 3) intensive follow-up with outreach, 4) referral to another service, and 5) provision of psychotherapies. We should point out that what is needed here is a combination of interventions and sectors, rather than intervention by one lone service sector.

The response to the difficulties identified must include adequate, effective interventions and must be delivered by health services and social services. We attempted in our recommendations to project service requirements on the basis of the individual needs identified in the case analyses. Referring to each individual case, we also sought to identify systemic deficiencies in local and regional setups and single out those cases requiring provincial action. We further tried in our recommendations to focus on the cases at hand as much as possible instead of trying to address all systemic problems.

**Graph 4 -**
**Differences between interventions received and required**




Analysis of the interventions and services offered in various sectors revealed the deficiencies in interventions and operation at the local, regional and provincial levels. Table 9 summarizes our findings. We first observe needs related to training, which must be offered to practitioners in particular and then to the public at large. The responsibility for this recommendation lies at the provincial level, but practitioners must be trained regionally or even locally. The practitioners' training needs include better identification, treatment, management, follow up and referral for depression, addiction and suicidal behaviours. Second-line mental health and addiction practitioners require training in best practices to deal with clients presenting comorbid problems. As for members of the general public, it seems that they are fairly good at recognizing the signs of distress but are not entirely comfortable proactively directing a suicidal person suffering from depression or addiction to social and health services. A promotional campaign targeting such behaviours could be effective.

The next systemic needs shown in Table 9 – some of which stand out strongly – were identified in almost 40% of the cases. They highlight local and regional needs for coordination and continuity between specialized mental health and addiction services. Such coordination is needed between specialized services, but also, in suicide crisis or addiction situations, between front-line psychosocial and medical services, Emergency services, and police services, for persons presenting complex problems, especially comorbid addiction and

mental disorders. We note many difficulties with regard to coordination and follow-up among the different services. These difficulties often arise through lack of control and failure to assign a fixed point of responsibility (a key practitioner) within care teams. The result is lack of continuity between services, lack of follow up with patients and their families, and lack of coordination with regard to the order in which services are offered to patients. This absence of coordination translates into disengagement on the part of patients. At the same time, given the lack of an outreach policy, practitioners are not encouraged to follow through on cases in an effort to re-engage patients in their treatment. Seeing these needs for coordination and continuity, in more than 27% of the cases, we have made recommendations at the provincial level to remedy deficiencies in governance. These recommendations target policies aimed at the joint involvement of specialized mental health and addiction services, but also front-line psychosocial and medical services and legal and police services, in establishing a series of regional and local protocols to ensure coordination, continuity, the establishment of fixed points of responsibility through the presence of a key practitioner, the establishment of prioritization of actions, treatments, referral, case follow up, and outreach if necessary, for individuals presenting comorbid mental disorders with or without a suicide-related problem. A proactive approach and coordination in cases involving complex clinical and social problems will in particular affect practices often carried out in silo mode between the different types of services and will have to be reinforced by practitioner training as indicated earlier.

**Table 9 -**
**Main local, regional, and provincial deficiencies revealed by the 102 suicide cases**

| Needs | No. of cases where this need was identified | Purpose of Intervention |
|---|---|---|
| **Training** | 49 | Depression-suicide risk and importance of seeking help |
| **Coordination** | 8 | Continuity of patient care and follow-up |
| | 33 | Coordination of cases presenting multiple problems |
| **Governance** | 7 | Proactive outreach services and intensive follow-up in community |
| | 6 | Gatekeepers/outreach for addiction intervention and follow-up |
| | 14 | Treatment protocol for multiple problems (alcohol-depression-suicide-health) |
| **Funding** | 6 | |
| **No recommendation. Everything had been done** | | 28 cases |
| **Cases on which panel did not comment** | | 5 cases |

One final comment concerning a limitation of our study, which points out basic needs but does not systematically examine systemic issues. We mentioned funding issues in six instances as the reason given for the lack of a program (e.g., intensive team follow up program or a day hospital program), but our approach does not enable us to evaluate what the major recommendations arising from the preceding findings would mean in the way of additional funding or, even more, the restructuring of services as part of the renewal of health and social services in New Brunswick.

It should also be noted that, in 28% of the cases, social and health services did all they could.

Lastly, on the basis of all the information above, the research team calculated a level of predictability in relation to possible prevention for each of these cases, on a scale of 1 to 5. The predictability estimates show that close to 22% of the suicides would have been very hard to prevent (1 and 2), 63% of them had elements suggesting that they could have been prevented (3 and 4), and 12% of them could have been avoided (5).

The service deficiencies relate mainly to cases where the suicide involved multiple problems and should have been foreseen through interventions such as referrals to other services, more extensive assessment, intensive follow-up actions and services in a residential setting (including hospitalization for psychiatric care) or an addiction treatment centre.

# Recommendations

The researchers make the recommendations following a series of discussions with the panel members, who considered all of the findings presented in this report.

### Governance axis

Develop and agree upon regional protocols for systematic coordination and management for all front and second-line practitioners involved in the case files of persons suffering from addiction and mental disorder, with or without a suicide problem, in order to proactively refer those persons to appropriate resources, encourage them to stay in treatment, coordinate that treatment, maintain a fixed point of responsibility, provide follow up and use an outreach approach if necessary. Achieving the objectives of this axis involves developing a provincial policy for addiction prevention and treatment, in conjunction with the policy on mental disorders, pursuant to the principles of hierarchy of care and areas of jurisdiction.

### Intervention axis

Improve the availability, accessibility and relevance of treatment services for addicts and persons with multiple mental health, addiction and suicidal behaviour problems.

### Prevention axis

Implement preventive measures to better reach, identify and intervene with persons at risk of suicide and persons with mental disorders and addictions, whatever their age group. Make family/friends, peers and the community more aware of the importance of getting persons presenting suicide-related problems, mental disorders and addictions to seek help from, and maintain contact with, health and social services.

### Evaluative research axis

Maintain an evaluation protocol throughout the implementation process to assess the modification of the practices proposed herein.

These recommendations are based on a series of findings emerging from our analysis of mental health problems and life trajectories, and the summary of services received and required. We call special attention to the following:

- In support of the recommendations for coordination and continuity between mental health and addiction services: we note that alcoholism or an addiction problem was identified in more than two-thirds of the cases, while depression was found in almost half of them. Despite earlier contacts with addiction services, there had been a strong dropout rate, meaning that only 10% of the individuals were in contact with those services in the year prior to their death. Interventions in terms of detox centres, counselling and specific psychotherapies, often combined with treatment for depression, were identified among the unmet needs.

- In support of our recommendations for provincial interdepartmental guidelines for service coordination and outreach: in close to 10% of the cases, there was a police intervention in the final year, while in close to 20% of the cases, there was a police intervention at some point in the subject's life owing to specific addiction, depression or suicide-related problems. The needs for coordination and continuity in over 27% of cases prompted us to suggest, at the provincial level, recommendations intended to remedy governance deficiencies. These recommendations target policies aimed at the joint involvement of specialized mental health and addiction services, but also front-line psychosocial and medical services and legal and police services, in establishing a series of regional and local protocols to ensure coordination, continuity, the establishment of fixed points of responsibility through the presence of a key practitioner, the establishment of prioritization of actions, treatments, referral, case follow up, and outreach, if necessary, for persons presenting comorbid mental disorders with or without a suicide-related problem.

- In support of the recommendations concerning the training of all practitioners to increase the capacity for identification, treatment and follow-up of problems relating to depression, addiction, mental disorders and suicide: through better training, general practitioners working alone or together with second-line mental health or addiction services could put in place potentially more effective treatments for depression.

- In support of prevention through early treatment of addiction and mental health problems: we note that substance dependence problems were identified in more than two-thirds of the suicide deaths. While suicide prevention calls for more concerted actions between specialized mental health and addiction services, as well as access to addiction services, the life trajectories in the cases studied show that dependence problems could have been addressed earlier. Moreover, population surveys suggest that the majority of individuals suffering from some form of dependence receive no treatment at all. These observations prompt us to recommend increasing specialized and front-line addiction treatment services and establishing a more comprehensive policy to develop prevention and early intervention by specifying the hierarchy of care and the necessary training for practitioners and the public at large.

# References


Brent, D.A., Johnson, B.A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33,* 1080-6.

Kovess, V. et al. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale.* Paris: Médecine-Sciences, Flammarion, pp. 22-25.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1063-1068.

Proulx, F., Lesage, A.D., Grunberg, F. One hundred in-patient suicides. *British Journal of Psychiatry, 171* (1997), p.247-250.

Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry, 53,* 339-48.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry, 49,* 624-9.

Thornicroft, G., Tansella, M., (eds). *The mental health matrix. A manual to improve services.* Cambridge, University Press, 1999, 314 p.

Turecki, G., Zhu, J., Tzenova, J., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., Vanier, C., et al. (2001). TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry 6,* 98-102.

Avril 2005

# Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003

CENTRE DE RECHERCHE
Hôpital Douglas Hospital
RESEARCH CENTRE

New Nouveau Brunswick
CANADA

Avril 2005

# Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003

CENTRE DE RECHERCHE
Hôpital Douglas Hospital
RESEARCH CENTRE

New Nouveau Brunswick
CANADA

Monique Séguin [1, 2, 3]
Alain Lesage [3]
Gustavo Turecki [2]
France Daigle [4]
Andrée Guy [4]

Avec la collaboration de
Marie-Nöelle Bayle
Roseanne Landry

1. Université du Québec en Outaouais, Département de psychologie
2. Groupe McGill d'étude sur le suicide, Hôpital Douglas, Université McGill
3. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Université de Montréal
4. Ministère de la Santé et du Mieux-être, Division de la santé mentale, gouvernement du Nouveau-Brunswick

# Table des matières


Avant-propos....1
Collaborateurs au projet de recherche....2
Comité de coordination au Nouveau-Brunswick....2
Interviewers....2
Personnes contactées pour le recrutement....3
Membres du panel d'experts sur les services....3
Membres du panel d'experts sur les diagnostics et la trajectoire de vie....3
Groupe McGill d'étude sur le suicide....4

## Principaux messages (survol)

Le rappel du contexte....5
Les constats....5
Les recommandations....6

## Résumé

Contexte de l'étude....7
Ce que nous avons appris....7
Les recommandations....8
Les effets positifs attendus....9

## Rapport global (détails)

Statistiques sur le suicide au Nouveau-Brunswick....11
Le contexte et les raisons qui ont motivé la réalisation de cette étude....12
Les objectifs de l'étude....12
Information générale sur l'étude....12
Le recrutement des familles des personnes décédées par suicide....14

Le recueil de données....14
Entrevue pour déterminer les diagnostics post-mortem....14
Entrevue pour retracer la trajectoire de vie....15
Étude des dossiers des usagers....15
Panel d'évaluation sur l'adéquation des services reçus....15

Résultats....17
Description socio-démographique....17
Profil psychopathologique....17
Événements précipitants et trajectoires de vie....19
Utilisation des services publics, privés et communautaires....23

Recommandations....30
Références....32
Liste des tableaux
1. Organigramme des dossiers à l'étude....13
2. Nombre de personnes ayant un trouble sur l'axe I et II....17
3. Combinaison des troubles sur l'axe I et II....18
4. Événement principal associé au suicide....19
5. Cote de risque....20
6. Distribution de problème de psychopathologie et de tentative de suicide en fonction des trajectoires de vie....22
7. Tableau synthèse des services reçus – mois, année et à vie....24
8. Écart entre les interventions reçues et requises....26
9. Principales lacunes locales, régionales et provinciales émergeant des 102 cas de suicide....28
Liste des graphiques
1. Distribution en fonction de l'âge des personnes ciblées par cette étude....11
2. Trajectoire de vie....21
3. Synthèse des interventions reçues et requises....25
4. Écart entre les interventions reçues et requises....27

ISBN 1-55396-476-4

# Avant-propos

Dans le cadre de la stratégie de postvention du Programme de prévention du suicide du Nouveau-Brunswick, une étude fut menée en vue d'établir les circonstances, personnelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide et d'autres à la tentative de suicide.

L'étude consistait à déterminer le développement de difficultés psychosociales, le développement de problèmes de santé mentale ainsi que les recherches d'aide et les consultations qui ont jalonné la vie des personnes décédées pas suicide.

Entre le 1er avril 2002 et le 31 mai 2003, le Nouveau-Brunswick a connu 109 décès par suicide. L'équipe de recherche a examiné 102 des décès dont les constats, les résultats et les recommandations sont rapportés dans ce document.

Parallèlement à la collecte des données entourant les 102 cas étudiés, l'équipe de recherche a aussi cueilli des données auprès de plus de 40 personnes aux prises avec des comportements suicidaires. L'analyse de ces données est actuellement en cours et les résultats seront publiés ultérieurement.

## Collaborateurs au projet de recherche

Nous remercions toutes les familles endeuillées qui ont accepté de participer à ce projet de recherche. Faisant preuve de beaucoup de générosité, de courage et de patience, ils ont répondu à nos questions avec l'espoir que les récits de leurs propres expériences pourront éviter que d'autres familles aient à vivre le même sort. En leur nom, nous devons maintenant tout mettre en oeuvre afin de diminuer la fréquence de ces tragédies personnelles, familiales et collectives.

### Comité de coordination au Nouveau-Brunswick

Nous tenons à souligner le partenariat sans réserve entre le ministère de la Sécurité publique, tout particulièrement le bureau du Coroner en chef et l'équipe des coroners sous la direction de Mme Dianne Kelly et le ministère de la Santé et du Mieux-être, plus spécifiquement la division de la Santé mentale.

- Dianne Kelly, coroner en chef
- Joan Murray, bureau du coroner
- Pat Dickinson, bureau du coroner
- Gina Girard, chercheure
- Jocelyne Daigle, assistante à la coordination
- Suzanne Cormier, soutien administratif
- France Daigle coordonnatrice provinciale en prévention du suicide et coordonnatrice du projet (volet I et II)
- Andrée Guy, directrice des soins aigus pour la division de la Santé mentale
- Margie McKendy, travailleuse sociale en santé mentale, soutien à la coordination
- Dr Christofer Balram, épidémiologiste provincial et directeur du Service provincial d'épidémiologie, Santé et Mieux-être, N.-B.
- Dr Jason Liu, biostatisticien, Service provincial d'épidémiologie, Santé et Mieux-être

### Interviewers

Le travail exceptionnel des intervieweurs mérite d'être souligné de manière particulière. Ils ont fait preuve d'altruisme et de compassion en acceptant de collaborer activement au projet de recherche en plus de leur travail quotidien de clinicien dans les centres de santé mentale communautaires.

- Ginette Vautour-Kerwin, Moncton
- France Daigle, Fredericton
- Annie Claveau, Moncton
- Marie Savoie Martin, Moncton
- Julie Belliveau, Moncton
- Lisa Lee, Fredericton
- Sylvie Martin, Grand-Sault
- Carole Plourde, Campbellton
- Richard Ouellette, Edmundston
- Anne Marie Drapeau, Campbellton
- Gaetan Boudreau, Bathurst
- Ramona Gagnon, Péninsule acadienne
- Jeanne Mance Chiasson, Péninsule acadienne
- Margie McKendy, Miramichi
- Greg Zed, Sussex

- Sylvia Richardson, St-Stephen
- Denis Leblanc, Elsipogtog
- Carolyne Milliea, Elsipogtog

### Personnes contactées pour le recrutement

- Mado Pelletier, Grand-Sault
- Nancy Jalbert, Edmundston
- Jacques Bard, Edmundston
- Nelson Parent, Campbellton
- Michael Levesque, Campbellton
- Debra Wafer, Campbellton
- Diane Morin, Bathurst
- Colette Robichaud, Bathurst
- Charline McLean, Miramichi
- Diane Cormier, Moncton
- Marthe Leger, Moncton
- James MacMillan, Moncton
- Lorene Johnson, St-John
- Nancy Armstrong, St-Stephen
- Pamela Miller, Sussex
- Elizabeth Campbell, St-Stephen
- Marylin DeMerchant, Fredericton
- Gordon Skead, Fredericton
- Helen Jane Blanchard, Woodstock
- Robin Ward, Fredericton
- Dennis Foran, Fredericton

### Membres du panel d'experts sur les services

- Alain Lesage
- Marie-Noëlle Bayle
- Andrée Guy
- Rosanne Landry
- France Daigle
- Monique Séguin

### Membres du panel sur les diagnostics et la trajectoire de vie

- Nadia Chawky
- Mélanie Bouchard
- Marilou Parser
- Ariane Bonnet Vinet
- Gustavo Turecki
- Monique Séguin

**Groupe McGill d'étude sur le suicide**

- Nadia Chawky
- Nancy Tremblay
- Marilou Parser
- Ariane Bonnet Vinet
- Monique Séguin
- Mélanie Bouchard
- Sarah Jane Parent
- Julie Lessard
- Gustavo Turecki

# Principaux messages

## Le rappel du contexte

Le ministère de la Santé et du Mieux-être en collaboration avec la Coroner en chef, madame Dianne Kelly, et un groupe de chercheurs associé au Groupe McGill d'étude sur le suicide et le Centre de recherche Fernand-Seguin, incluant Monique Séguin Ph.D., Gustavo Turecki, MD, Ph.D., Alain Lesage MD, ont mené une étude auprès des personnes décédées par suicide. Le but est de déterminer les circonstances, individuelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide afin de pouvoir proposer des stratégies qui permettront d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et à leur famille.

## Les constats

L'examen de 102 cas de décès par suicide survenus sur une période de 14 mois dans la province du Nouveau-Brunswick nous a permis de constater :

- Dans la grande majorité des cas, les personnes qui décèdent par suicide ont une trajectoire de difficultés de longue date qui se situent tout au long de la trajectoire de vie et se constituent d'un cumul de problèmes personnels, familiaux, relationnels, psychologiques, sociaux qui sont persistants. La grande majorité des personnes ont été en contact avec les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies, et plus de 50 % étaient en contact avec des services spécialisés de santé au cours de la dernière année.
- La présence de problèmes de toxicomanies, dont la durée est importante, se retrouve chez deux tiers des personnes décédées par suicide ce qui en fait un des éléments le plus prévalent. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies au cours de la vie, seulement 10 % des personnes était en contact avec ces services dans l'année précédant leur suicide.
- Nous constatons une difficulté importante dans le traitement des personnes présentant des problèmes multiples, lorsqu'il y a combinaison de problèmes comme ceux de la dépression, de toxicomanie et de problématique suicidaire auprès d'un même individu. Les pratiques cliniques doivent se déplacer pour ces personnes, d'une approche de traitement fragmentaire des problèmes uniques et du silo entre les services, vers le traitement coordonné et en continuité des problèmes multiples.
- Les signes de détresse, et de comportements suicidaires sont généralement bien déterminés par la population générale, cependant pour plusieurs, l'étape suivante, soit celle d'amener un proche vers les services n'est pas encore entrer dans les pratiques.

## Les recommandations

Nous proposons les recommandations suivantes au gouvernement du Nouveau-Brunswick.

### Axe de gouvernance :

Développer et convenir dans chaque région d'un protocole de coordination et de prise en charge systématique assurant la participation de tous les intervenants de première et de deuxième ligne qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les encourager à demeurer en traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'outreach au besoin. Cet axe passe par l'élaboration d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien avec celle pour les troubles mentaux et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale.

### Axe d'intervention :

Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes toxicomanes et pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanies et de comportements suicidaires.

### Axe de prévention :

Implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre et déceler des personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et de toxicomanies, dans tous les groupes d'âge et leur assurer des services d'intervention. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et de toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

### Axe de recherche évaluative :

Maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées ici.

# Résumé

## Contexte de l'étude

Le décès par suicide est une cause importante de mortalité au Nouveau-Brunswick et touche plus spécifiquement les hommes adultes. Tout en sachant cela, il s'avère important de pouvoir déterminer les facteurs pouvant être associés au suicide. Le ministère de la Santé et du Mieux-être en collaboration avec la Coroner en chef, madame Dianne Kelly, et un groupe de chercheurs associé au Groupe McGill d'étude sur le suicide et le Centre de recherche Fernand-Seguin dont Monique Séguin Ph.D., Gustavo Turecki, MD, Ph.D., Alain Lesage MD, ont mené une étude auprès des personnes décédées par suicide. Le but est de cerner les circonstances, individuelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide afin de pouvoir proposer des stratégies qui permettront d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et à leur famille.

Les moyens déployés par l'étude étaient de : 1) répertorier le développement des difficultés de santé mentale, placer dans une séquence temporelle l'apparition des premières difficultés et le développement de ceux-ci à travers le temps; 2) répertorier l'accumulation de facteurs de risque psychosociaux et des facteurs associés au développement de l'individu; 3) retracer la trajectoire de recherche de soins et d'utilisation des services de santé; 4) évaluer la réponse aux besoins de services.

## Ce que nous avons appris

Sur les 109 décès par suicide déterminés par le coroner au moment de l'étude, l'équipe de recherche a pu étudier 102 cas de décès par suicide survenus sur une période de 14 mois dans la province du Nouveau- Brunswick. Nous constatons :

1. Dans la grande majorité des cas, les personnes qui décèdent par suicide ont une trajectoire de difficultés persistantes et de longue date qui se situent dans le développement de l'individu et se constituent par un cumul de problèmes personnels, familiaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux. Ces personnes, en grande majorité, ont été en contact à un moment de leur vie, avec les services spécialisés en santé mentale et toxicomanies. Les différentes trajectoires de vie des personnes décédées suggèrent que des interventions précises et ciblées à des moments différents au cours de leur trajectoire de vie auraient pu être mieux entreprises, y compris dans la dernière année de vie de ces personnes. Les recommandations qui sont formulées au gouvernement du Nouveau-Brunswick reflètent ces différentes interventions ciblées.

2. Chez les personnes qui décèdent par suicide, les problèmes de toxicomanie sont importants. Plus de 60 % des personnes décédées avaient un problème de toxicomanie au moment de leur décès et près de 70 % avaient souffert de ces problèmes au cours de leur vie, ce qui en fait un des facteurs de risque le plus prévalent. Ces personnes étaient aussi affectées d'autres troubles, en particulier la dépression et des difficultés interpersonnelles et sociales. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies, seulement 10 % des personnes était en contact avec les services de toxicomanies dans l'année précédant leur suicide. Nous insistons donc sur des recommandations en regard de la coordination et la continuité des services spécialisés en santé mentale et toxicomanies, à une plus grande accessibilité aux traitements pour les toxicomanies tant en première que deuxième ligne, et à plus long terme sur l'établissement d'une politique complète en regard des toxicomanies, incluant la prévention, le traitement et la réinsertion, dans un cadre de hiérarchisation des soins.

3. La présence de troubles affectifs, soit la dépression, est observée chez près de 70 % des personnes au moment de leur décès. Le traitement de la dépression demeure une dimension importante et incontournable dans la prévention de décès par suicide, mais il faut sans doute que les traitements soient multidimensionnels pour tenir compte de la complexité des problèmes multiples, pour augmenter l'efficacité aux traitements, améliorer l'observance aux traitements et assurer un suivi post-traitement.

4. En regard des services de santé mentale et de toxicomanies, nous constatons un écueil important dans le traitement des difficultés multiples auprès d'un même individu. Les services spécialisés en santé mentale et toxicomanies fonctionnent trop souvent en silo. Les pratiques cliniques doivent se déplacer, du traitement des problèmes uniques vers le traitement des problèmes multiples avec coordination et continuité entre les programmes de santé mentale et de toxicomanies. Si dans une certaine proportion des cas les services de santé mentale ont tout fait pour venir en aide aux personnes décédées par suicide, dans une proportion importante des cas, les services de santé mentale auraient pu favoriser un accroissement et une collaboration entre les services déjà offerts. En ce sens, les recommandations quant à la coordination et au suivi des dossiers sont une intervention clé en vue de diminuer le nombre de décès par suicide.

5. Enfin, il est intéressant de constater que les signes de détresse et de comportements suicidaires, sont généralement bien déterminés par la population générale, cependant pour plusieurs, l'étape suivante indispensable, soit celle de l'importance à amener un proche vers les services n'est pas encore tout à fait entrer dans les pratiques. Nous préconisons que des mesures de prévention visent à augmenter la sensibilité des proches, de l'entourage, des intervenants de services sociaux et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, des troubles mentaux et de toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

## Les recommandations

Nous proposons les recommandations suivantes au gouvernement du Nouveau-Brunswick.

### Axe de gouvernance :

Développer et convenir dans chaque région d'un protocole de coordination et de prise en charge systématique en assurant la participation de tous les intervenants de première et de deuxième ligne qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les encourager à demeurer en traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'outreach au besoin. La réalisation des objectifs de cet axe passe par le développement d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien avec celle pour les troubles mentaux et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale.

### Axe d'intervention :

Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes toxicomanes et pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanies et de comportements suicidaires.

**Axe de prévention :**
Implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre et déceler et des personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et de toxicomanies, dans tous les groupes d'âge et leur assurer des services d'intervention. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

**Axe de recherche évaluative :**
Maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées ici.

# Les effets positifs attendus

Nous croyons que la mise en place de ces recommandations pourra modifier certaines trajectoires de vie en favorisant la rencontre plus précoce et plus adéquate avec les services professionnels. Une proportion importante des personnes décédées par suicide étaient en contact avec les services professionnels spécialisés de santé mentale dans l'année précédant leur décès (53 %). Cependant dans le mois précédant leur suicide, il semble que ces mêmes personnes aient perdu les liens et les contacts qu'ils avaient avec les services professionnels en particulier ceux de toxicomanies. Ce décrochage lié à un manque de relance, et de coordination des services entre eux, fait en sorte que plusieurs personnes perdent le soutien dont ils ont absolument besoin lors des périodes critiques. Nous croyons que l'amélioration de la coordination entre les services, l'augmentation des activités d'outreach et la formation des intervenants spécialisés en santé mentale et toxicomanies à ces nouvelles pratiques permettront d'introduire des services plus tôt dans la trajectoire de vie des personnes en détresse et pourront éviter des glissements vers le décrochage et ainsi modifier l'issue de certaines trajectoires de vie.

L'importance de mettre en place des mesures pour diminuer le taux de toxicomanies et d'augmenter l'accessibilité aux services de traitement et de réinsertion s'avère une mesure incontournable. Le taux de toxicomanie chez les personnes décédées par suicide est très important et dépasse le taux généralement attribuable aux toxicomanies dans les études de ce type. Même si le taux d'alcoolisme et de toxicomanies ne semble pas plus élevé au Nouveau-Brunswick qu'ailleurs au Canada (Tjepkema, 2004), ces problèmes demeurent largement sous-traités, plus encore que les autres troubles mentaux comme la dépression auxquels ils sont également associés. Néanmoins, augmenter l'accès au traitement aux services de première ligne, et à long terme développer une politique cadre de prévention, de traitement et de réinsertion des toxicomanies, en tenant compte de la politique cadre en santé mentale, lancer une campagne de sensibilisation sur plusieurs années s'adressant au grand public sur le repérage et le traitement ou la gestion des toxicomanies pourrait s'avérer une stratégie prometteuse en regard de la prévention du suicide.

Ce projet d'étude présente une des plus importantes initiatives de prévention du suicide au Nouveau-Brunswick. Pensons à toutes les familles endeuillées qui ont généreusement participé à cette étude. Pensons à tous les cliniciens qui ont collaboré à cette étude, par souci d'empathie, en plus de leurs tâches professionnelles courantes. Pensons à toutes les personnes qui ont été mobilisées par cette étude. On peut espérer qu'une fois mobilisés dans des activités de prévention du suicide, les individus et leur communauté pourront imaginer les mots, les gestes, les attitudes pour déceler les personnes vulnérables en détresse suicidaire et les aider à ne pas employer cette voie. On peut croire

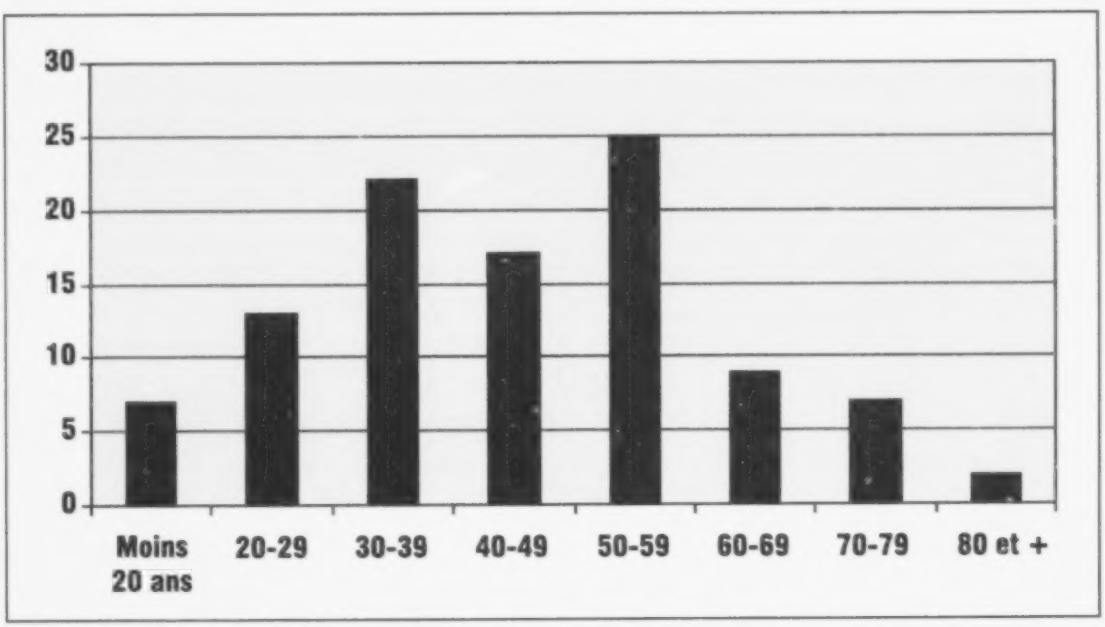
aussi que les autorités politiques exigeront que des actions socio-politiques soient posées pour augmenter les facteurs de protection des individus vulnérables lorsqu'ils auront à faire face à l'inévitable adversité et enfin on peut aussi espérer que l'on appuiera les actions que suggère cette recherche au cours des prochaines décennies. Ce projet représente aussi une amélioration raisonnable à la dernière et seule enquête de ce type mené en Finlande il y a plus d'une décennie : elle propulse le Nouveau-Brunswick à l'avant-scène internationale dans son expertise sur le suicide et dans la quête de toujours mieux comprendre et agir relativement à ce problème complexe.

# Rapport global

## Statistiques sur le suicide au Nouveau-Brunswick

Le rapport annuel du Coroner en chef du Nouveau-Brunswick rapporte 94 décès à la suite d'un suicide pour l'année financière 2001-2002, soit un taux d'incidence de 12,4 par 100 000 habitants. L'analyse des données nous permet de faire les constats suivants. Le suicide touche plus particulièrement les hommes (75,6 %) que les femmes (24,4 %). Le graphique 1 suivant représente l'âge des personnes décédées par suicide au sujet desquelles cette étude a été réalisée. Les décès par suicide touchent particulièrement la population du groupe d'âge de 30 à 60 ans, même si les jeunes et les personnes âgées ne sont pas épargnées.

**Graphique 1 - Distribution en fonction de l'âge, des personnes ciblées par cette étude**




Toujours selon les données 2000-2001 du Rapport du Coroner, le taux de suicide varie avec un taux selon les circonscriptions judiciaires, par exemple, Campbellton enregistrait le taux le plus élevé de décès par suicide avec un taux de 29 par 100 000 habitants, suivi de Bathurst 25,4 et Edmundston 21,8. Durant la période de l'étude 2002-2003, le taux de suicide pour la partie nord de la province (selon les territoires des régies régionales Edmundston, Campbellton, et Bathurst) est de 20,38 par 100 000 habitants (44 suicides) alors que le taux pour le sud de la province (selon les territoires des régies régionales Moncton, Saint John et Fredericton) est de 12,15 par 100 000 habitants (65 suicides).

Les moyens les plus fréquemment utilisés sont la pendaison (39 %), l'utilisation d'arme à feu ou d'arme blanche (34 %) et l'intoxication médicamenteuse ou par gaz carbonique (19 %). Les sauts et les noyades comptent pour 10 % des autres décès.

Le taux national, selon les dernières données disponibles de Statistique Canada (1999), est de 13,4 par 100 000 habitants. Depuis les dix dernières années, le taux du suicide du Nouveau-Brunswick

gravite de façon constante autour du taux national, tantôt légèrement supérieur, mais plus fréquemment légèrement inférieur, ce qui donne une moyenne de 100 décès par suicide par année. Comparativement aux quatre provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick enregistre un taux de suicide par 100 000 habitants légèrement plus élevé pour les années 1993 à 1998 et pour 1999 le même taux que celui de la Nouvelle-Écosse.

## Le contexte et les raisons qui ont motivé la réalisation de cette étude

Au Nouveau-Brunswick, outre les données sociodémographiques et épidémiologiques sur les décès par suicide, il n'y a pas de données scientifiques sur les trajectoires de vie et l'utilisation des services par les personnes décédées par suicide. Les administrateurs de la santé au Nouveau-Brunswick qui doivent mettre en place des mesures préventives en matière de suicide ne peuvent se baser que sur des résultats d'études obtenus en dehors de la province. Pour les mêmes raisons, les administrateurs ne sauraient affirmer avec certitude que les activités implantées en prévention du suicide atteignent leurs objectifs et le but du programme provincial.

Au Nouveau-Brunswick, chaque année en moyenne 100 personnes décèdent par suicide et environ 800 personnes sont hospitalisées[1] après avoir fait une tentative de suicide. Mais il faut tenir compte en fait d'un plus grand nombre de victimes, c'est-à-dire les familles, les proches et l'entourage. Ces personnes doivent faire face à cet événement tragique, reconstruire leur vie et tenter de donner un sens à cette tragédie.

L'initiative lancée par ce projet de recherche place maintenant le Nouveau-Brunswick dans un rôle d'expertise, car elle devient la seule province canadienne à avoir étudié systématiquement tous les décès par suicide au cours d'une année. Cette expertise pourra servir autant aux cliniciens dans leur pratique quotidienne qu'aux administrateurs dans la planification des services de soins et qu'aux chercheurs dans l'avancement des connaissances sur le suicide.

## Les objectifs de l'étude

L'étude consistait à retracer les événements et les circonstances; le cumul de difficultés qui ont jalonné la vie des personnes suicidaires, selon les perspectives différentes : 1) retracer la progression des problèmes de santé mentale (placer dans une séquence temporelle l'apparition des premiers problèmes et leur aggravation dans le temps); 2) étudier l'accumulation de facteurs de risque psychosociaux et de facteurs de protection; 3) décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé; 4) évaluer l'adéquation de la réponse aux besoins de services par les intervenants, par les programmes et par le système de santé et de services sociaux du Nouveau-Brunswick.

## Information générale sur l'étude

Nous avons répertorié 109 décès par suicide s'échelonnant d'avril 2002 à mai 2003, sur le territoire du Nouveau-Brunswick. Lors de ce premier constat réalisé par le Bureau du Coroner, sept cas de décès n'ont pu être étudiés pour plusieurs raisons; soit qu'il y avait des considérations judiciaires qui empêchaient l'enquête, soit qu'il fut impossible de trouver un répondant puisque la personne décédée était complètement désaffiliée socialement, ou soit la famille contestait la pertinence de l'étude. Les sept décès non traités étaient tous des suicides réalisés par des hommes adultes âgés de 27 à 59 ans.

---

[1] Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, Statistiques de l 'état civil : rapport interne, 1999.

À la suite d'un premier contact avec les familles, 102 d'entre elles ont donné leur accord pour que notre équipe de recherche puisse étudier les différents facteurs ayant pu contribuer à ces événements ainsi que pour recueillir des informations sur les services reçus par les personnes décédées par suicide. En fonction du niveau de participation de la famille dans cette étude, cette enquête a pris deux formes.

Pour la première, 54 familles ont été rencontrées afin de mener auprès d'elles différentes entrevues pour recueillir des informations sur l'évolution de la santé mentale de la personne décédée par suicide tout au long de sa vie et jusqu'au passage à l'acte (principaux instruments de mesure : SCID I-II, calendrier de vie), de même que pour cerner les événements significatifs de sa trajectoire de vie et la recherche de services. De façon complémentaire, une recherche dans les dossiers médicaux a été effectuée avec l'autorisation de la famille pour étayer l'information recueillie et déterminer les ressources qui ont été utilisées par la personne décédée. L'organigramme suivant résume la manière dont les dossiers ont été traités.

**Tableau 1 -**
**Organigramme des dossiers à l'étude**

**109 décès par suicide**
d'avril 2002 à mai 2003

**7 non étudiés**
(7 hommes)

**102 décès par suicide ont été étudiés**
85 hommes et 17 femmes

**54 familles ont été vues**
entrevues avec familles et recherche de dossiers

**48 familles non vues -** recherche de dossiers et contacts téléphoniques avec la famille

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Questionnaires Socio démographiques n=102 | Diagnostics 54 SCID I- II 48 diagnostics avec recherche de dossiers médicaux | Trajectoire de vie Dossier complet n= 79 | Panel Fiche 1 n=102 Fiche 2 n=102 Fiche 3 n=102 Fiche 4 n=102 Fiche 5 n=102 | Vignettes cliniques n=102 | Panel avec recommandations n=102 |

Pour la deuxième forme d'enquête, la recherche d'informations dans les dossiers a été entreprise, mais le lien avec les 48 autres familles ne voulant pas de rencontre s'est traduit par divers contacts téléphoniques. Néanmoins, dans tous les cas, des questionnaires se référant aux caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée ont été remplis par les familles et des vignettes résumant les informations recueillies sur l'histoire de vie et l'utilisation des services ont été

élaborées. Ces vignettes ont ensuite été soumises à un panel d'experts afin de valider les diagnostics présents dans l'histoire de vie, déterminer quelles interventions auraient été requises, les options de création de structures et services ainsi que pour déterminer le niveau de prévention du passage à l'acte. On notera que la plupart des tableaux donnent le nombre de personnes et non les pourcentages - puisque le groupe est de 102, alors le nombre de personnes est à peu près le pourcentage.

## Le recrutement des familles des personnes décédées par suicide

Au cours de la période d'étude, d'avril 2002 à mai 2003, la coroner en chef nous a signalé 109 décès par suicide. Les modalités du recrutement ont été développées en collaboration avec le coroner en chef du Nouveau-Brunswick. Une lettre expliquant l'étude était acheminée aux familles par le bureau du coroner. Un professionnel, travaillant au bureau du coroner, faisait un suivi téléphonique auprès des familles après réception de la lettre. Lorsque les familles acceptaient de participer à l'étude, leurs noms et numéros de téléphone étaient transmis à l'équipe de recherche.

Les personnes responsables de coordonner le projet de recherche, qui travaillaient en étroite collaboration avec le bureau du coroner, appelaient les familles pour leur exposer le but et les objectifs de la recherche et solliciter leur collaboration. Selon notre expérience, ce premier contact téléphonique permettait de donner du soutien aux personnes qui en exprimaient le besoin dans l'immédiat. L'étude leur était décrite en détail et leur collaboration était sollicitée.

Si la famille acceptait de participer à l'étude, alors nous recherchions la personne qui connaissant le mieux l'individu décédé ou celle qui était désignée par la famille. Cette personne était ensuite contactée par les interviewers pour convenir d'un rendez-vous afin de réaliser les entrevues de recherche. Le programme d'entrevues a commencé seulement trois mois après le décès afin de permettre aux personnes endeuillées de vivre une période de retrait qui leur permettait d'entamer leur deuil. Aucune entrevue n'a été entreprise sans le consentement écrit des répondants endeuillés. Deux à trois entrevues ont été réalisées avec chaque répondant. Dans certains cas, le nombre d'entrevues pouvait aller jusqu'à cinq. Après chaque entrevue, les interviewers faisaient systématiquement une relance téléphonique aux familles et fixaient un autre rendez-vous pour compléter le recueil des données.

Calculant les heures associées au recrutement, aux entrevues face à face, aux relances lors de soutien téléphonique et à la rédaction de la vignette clinique, nous estimons à 30 heures en moyenne, le temps qui aura été consacré au recueil des données pour décrire la trajectoire de vie (vignette clinique) de chaque personne décédée par suicide.

## Le recueil de données

Les participants ont été vus en moyenne deux fois et chaque rencontre a duré environ trois heures, selon la capacité du participant. Chaque entretien a été enregistré pour assurer une vérification ultérieure de la consistance des entrevues. Lors de cette période, les participants devaient répondre à une série de questions semi normalisées. Cette entrevue clinique d'une durée de trois heures se déroulait étonnamment rapidement. Les participants appréciaient la durée et comme l'entrevue se déroulait sur un mode de la conversation, la longueur de l'entrevue a rarement posé un problème. Les questionnaires suivants ont été administrés aux participants :

### Une entrevue pour déterminer les diagnostics post-mortem

Dans le cadre de ces entrevues, les chercheurs ont administré des questionnaires SCID auprès d'un

membre de la famille connaissant bien la personne décédée en vue de déterminer s'il y avait présence, chez la personne décédée, d'une psychopathologie sur l'axe I (p.ex. dépression, toxicomanies) ou II (p. ex. troubles de la personnalité) (Brent et coll., 1989; Lesage et coll., 1994; Turecki et coll., 2001).

### Une entrevue pour retracer la trajectoire de vie

Dans le contexte d'une entrevue semi normalisée le participant décrivait le parcours de vie de la personne décédée par suicide afin de documenter les moments d'apparition des difficultés personnelles, familiales, sociales ou autres événements d'adversité. Ensuite, on demandait aux participants de décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé effectués par la personne décédée (Caspi et coll., 1996; Bifulco, 1996).

### L'étude des dossiers des usagers

L'étude des dossiers des usagers a servi à documenter systématiquement les demandes de services et les réponses données aux participants de l'étude.

### Un panel d'évaluateurs sur l'adéquation des services reçus

Un panel composé de chercheurs, de professionnels, de représentants des proches et de décideurs a été constitué pour évaluer l'adéquation des services reçus par la personne décédée et dans quelle mesure les décès par suicide auraient pu être prévus. L'analyse du panel amenait à décrire les besoins *d'actions individuelles* pouvant être portées tant par les proches que par les intervenants des services sociaux et de santé. Les actions *à l'échelle locale* étaient celles pouvant être dispensées par des réseaux locaux de soins de première ligne et de services de deuxième ligne spécialisés de même que par les organismes de la communauté. Ensuite, sur la base de l'ensemble des évaluations faites par les membres du panel, les actions requises *à l'échelle provinciale* étaient décrites. Le panel s'appuyait sur les informations amassées au moyen de l'étude des dossiers médicaux d'une part et d'autre part des entrevues menées avec les proches ou avec les intervenants des services sociaux et de santé du système public et privé qui ont pu intervenir. Le cadre de référence a été celui de Kovess et coll. (2001), l'expérience avec les outils valides d'évaluation des besoins individuels en santé mentale (Kovess et coll., 2001). Il a fallu créer cinq fiches d'analyse des besoins pour tenir compte des réalités des personnes décédées par suicide et des niveaux de besoins individuels et systémiques.

Les agents de recherche ont rédigé une histoire de cas décrivant les difficultés de santé mentale ainsi que l'ensemble de la trajectoire de vie de la personne; à cette histoire, ils ont ajouté toute l'information obtenue sur l'utilisation des services par la personne au cours de sa vie, en particulier les services de santé mentale avec une attention particulière sur ceux reçus dans l'année précédant le décès par suicide. Cette section était présentée sous la forme d'un texte décrivant non seulement les interventions mais, également l'information disponible quant à l'impact de celle-ci et la satisfaction de la personne. Ces informations ont été recueillies au moyen de témoignage des proches et de la consultation des dossiers.

Sur la base de ces informations, le panel franchissait cinq étapes retracées par les cinq fiches d'analyse.

I. Services reçus à vie, dans la dernière année et le dernier mois avant le décès : au niveau des services médicaux de 1re ligne ;des services psychosociaux de première ligne ; des services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale et toxicomanies; des organismes sans but lucratif de la communauté.

II. Les problématiques médico-psycho-sociales de la personne dans la dernière année et les interventions reçues des différents services de 1re et 2e ligne, des proches, de l'école, des services policiers ou judiciaires, et des organismes sans but lucratif de la communauté.

III. Le scénario idéal de soins que la personne aurait dû recevoir dans la dernière année et le détail des problématiques médico-psycho-sociales ainsi que des interventions qui auraient dû être posées idéalement. Cette fiche recueille les besoins.

IV. Les interventions qui auraient dû être posées et qui n'étaient pas disponibles à l'échelle locale, au niveau des programmes, entre les services régionaux et à l'échelle provinciale pour soutenir les interventions individuelles déterminées dans le scénario idéal décrit dans la fiche III. Ces services non disponibles étaient déclinés par types de besoins, par exemple en regard de la formation, des psychothérapies, de la médication, de la coordination, de la gouvernance, du financement, etc.

V. Le panel établissait enfin, sur la base de toutes les informations incluses dans ces fiches précédentes, si le suicide aurait pu être prévenu, le classant en une des cinq catégories décrites comme suit :

1. **Suicide totalement imprévisible.** Une personne sans antécédents de problèmes émotionnels qui se suicide à la suite d'une déception amoureuse, mais sans en avoir parlé à quiconque et sans laisser les signes d'une détresse anormale ou hors de l'ordinaire à quiconque.
2. **Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu de contrer les facteurs de risque.** Par exemple, une personne souffrant d'un trouble de personnalité limite avec problèmes graves de toxicomanie et de dépression et qui malgré les efforts raisonnables d'équipes spécialisées en psychiatrie n'ont pas réussi à apporter soulagement. La personne est connue de l'équipe comme présentant un risque à moyen terme de suicide.
3. **Suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises dont on pouvait un peu difficilement prévoir qu'elles étaient requises.** Par exemple un patient hospitalisé en psychiatrie ou jeune en centre jeunesse présentant des difficultés émotionnelles et un certain risque suicidaire pour lesquels des mesures de traitement et de surveillance avaient été entreprises mais, cohérentes avec le risque suicidaire alors établi mais évidemment insuffisant compte tenu de l'issue. Ou encore, une personne jugée à risque dans son milieu, ayant entrepris une thérapeutique potentiellement efficace, avec un risque suicidaire reconnu mais ouvertement sous-estimé compte tenu de l'issue.
4. **Suicide potentiellement évité si des mesures avaient été prises compte tenu du risque possible.** La personne présentait plus d'un facteur pouvant contribuer au risque de suicide et des interventions ont pu être entreprises, mais partiellement et ne s'adressant pas nécessairement à tous les facteurs pertinents où une intervention aurait aidé.
5. Le suicide aurait **facilement pu être prévenu,** car il existait des interventions potentiellement efficaces que, si elles avaient été mises en place adéquatement, auraient très certainement modifié les conditions prédisposant au suicide. Par exemple, une personne présentant une dépression majeure claire pour la première fois et qui est suivie par un médecin de famille qui reconnaît mal l'état dépressif et le traite avec un médicament inapproprié ou à dose totalement insuffisante.

L'ensemble des résultats obtenus par le panel était ensuite analysé par les membres de l'équipe de recherche afin d'établir à l'aide d'analyses transversales les actions qui devraient être proposées à l'échelle provinciale compte tenu de l'ampleur des lacunes notées dans les actions individuelles et locales : ce sont les recommandations qui apparaissent dans les résumés de ce rapport et qui sont détaillées plus loin.

# Résultats

## Description socio-démographique

L'échantillon regroupe 85 hommes et 17 femmes qui sont majoritairement de race blanche, (95 %). La plupart des personnes décédées par suicide (63 %) étaient âgées de 30 à 59 ans et 41 % des personnes décédées par suicide étaient en couple, tandis que 37 % étaient séparés, divorcés ou veufs et 22 % étaient célibataires.

Les personnes décédées par suicide avaient un niveau de scolarité moins élevé, c'est-à-dire 37 % des gens n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent, 17 % ont obtenu ce type de diplôme alors que seulement 10 % ont fait des études postsecondaires. Toutefois, le niveau de scolarité atteint pour plusieurs personnes (soit 36 %) demeure inconnu. Nous savons que plus de la moitié des individus n'occupaient pas d'emploi au moment du décès et que près de 19 % étaient reconnus invalides.

## Profil psychopathologique

La présence de problèmes de santé mentale semble être une caractéristique constante chez les personnes qui sont décédées par suicide, comme on le voit au tableau 2. En effet, 97 % des personnes présentaient un trouble de santé mentale et 75 % auraient deux ou plusieurs troubles de santé mentale. On constate aussi qu'au-delà des six derniers mois, à vie comme indiqué au tableau 2, les troubles mentaux et de toxicomanies étaient autant présents, signalant le caractère de longue durée de ces troubles chez ces personnes.

Chez les personnes décédées par suicide, 55 % présentaient à la fois un trouble de dépendance et un autre trouble; 56 % des personnes présentaient un trouble de l'humeur et un autre trouble soit toxicomanie ou trouble de personnalité; parmi celles où un seul trouble a été cerné, c'était la dépression dans 17 % des cas, la toxicomanie dans 7 % des cas (voir tableau 3).

**Tableau 2**
**Nombre de personnes ayant un trouble sur l'axe I et II**

| N=102 | Derniers 6 mois<br>N^bre de personnes | À vie<br>N^bre de personnes |
|---|---|---|
| Trouble de l'humeur | 69 | 56 |
| Trouble d'abus ou de dépendance | 61 | 68 |
| Trouble anxieux | 22 | 17 |
| Psychose et autres symptômes associés | 7 | 6 |
| Trouble de personnalité | 52 | 52 |
| Aucun trouble | 9 | 10 |
| Un trouble unique | 18 | 18 |
| Co-morbidité (deux et plus) | 75 | 74 |
| Total ayant au moins un diagnostic | 97 | 92 |

En tenant compte des différents types de difficultés, les données recueillies révèlent que les troubles d'abus ou de dépendances sont très répandus parmi les personnes décédées par suicide, soit 61 % d'entre elles, ce qui en fait un facteur de risque majeur associé au suicide et un des taux les plus élevés que nous ayons rencontrés dans ce type d'étude. En ordre de prévalences décroissantes parmi les dépendances, les problèmes de dépendance à l'alcool, de dépendance aux drogues, d'abus d'alcool, d'abus de drogue et ensuite, dans une moindre mesure, de jeu pathologique (5 %) étaient les plus courants. En se référant aux prévalences à vie, ce sont les dépendances et l'abus d'alcool qui prédominent.

Pour ce qui est des autres troubles présents au moment du suicide, les troubles de l'humeur se retrouvent chez presque 70 % des personnes décédées. Parmi ces troubles, ce sont la dépression majeure et subséquemment la dépression non spécifiée qui s'imposent. Quant à la prévalence à vie, la dépression majeure demeure importante suivie de la dysthymie. Enfin, des troubles anxieux ont également été diagnostiqués parmi 22 personnes dans les six derniers mois de leur vie.

Les troubles de personnalité sont également présents chez 52 % des personnes décédées par suicide. À ce niveau, ce sont les troubles de personnalité limite (*borderline*) et antisociale, ou des troubles non spécifiés de la personnalité ayant de fortes caractéristiques de ces deux troubles qui sont clairement mis en lumière.

**Tableau 3**
**Combinaison des troubles sur l'Axe I et II**

| Combinaison de difficultés actuelles | n |
|---|---|
| DEP, TOX, ANX, PER | 5 |
| DEP, TOX, PSY, PER | 2 |
| DEP, TOX, PER | 24 |
| DEP, ANX, PER | 5 |
| TOX, ANX, PER | 1 |
| DEP, PER, PSY | 1 |
| DEP, TOX, ANX | 1 |
| DEP, TOX | 11 |
| TOX, PER | 7 |
| DEP, PER | 6 |
| TOX, ANX | 3 |
| TOX, PSY | 1 |
| ANX, PSY | 1 |
| DEP, PSY | 1 |
| ANX, PER | 1 |
| DEP | 9 |
| TOX | 7 |
| ANX | 1 |
| PSY | 1 |
| AUCUN | 9 |

**Légende**
DEP : Troubles de l'humeur
ANX : Troubles de l'anxiété
PER : Trouble de la personnalité
TOX : Dépendance et abus de substances
PSY : Psychose et autres symptômes associés

En résumé, nous observons un cumul de problèmes de santé mentale et de toxicomanies chez les individus décédés par suicide. Ces problèmes ne sont pas récents et prennent racine dans le parcours de vie des individus. Les interventions et les plans de traitement ne peuvent donc pas reposer sur des interventions qui visent des problèmes uniques. Les interventions doivent tenir compte de la complexité et de la multitude des difficultés et il est essentiel qu'il y ait un virage vers des interventions multiples qui font nécessairement appel à une coordination, un suivi de la part de l'équipe soignante et d'un engagement au traitement du patient. Favoriser cet engagement au traitement est aussi la tâche de l'équipe soignante.

## Événements précipitants et trajectoires de vie

Si nous observons un cumul de problèmes de santé mentale chez les individus décédés par suicide, la prévalence à vie nous indique que ces problèmes ne sont pas récents. Les données sur les événements précipitants et les trajectoires de vie vont étayer la manière dont les événements récents trouvent écho dans les problèmes personnels, familiaux, psychologiques et sociaux de longue date et souvent persistants tout au long de la vie.

D'une part, cette recherche a pu cerner les événements principaux associés au décès par suicide (voir le tableau 4). Nous pouvons relever pour la moitié des individus un événement souvent relié à une perte importante, qui a contribué à créer « la goutte qui a fait déborder le vase ». Des ruptures amoureuses, des difficultés de couple, des pertes importantes et variées, des difficultés scolaires, professionnelles ou financières et autres situations traumatisantes (ex. : agression, crainte de maladie grave) sont parmi les événements qui sont associés au passage à l'acte suicidaire. Soulignons que parmi les autres types d'événements, les pertes d'autonomie physique et la perte de liberté actuelle ou potentielle (ex. : crainte d'emprisonnement) sont des événements qui figurent parmi les derniers éléments de la vie des personnes décédées. Pour d'autres, ce sont les événements associés à des difficultés de santé mentale qui priment, dont la détérioration de l'état dépressif, une période d'alcoolémie sévère, un état psychotique qui s'intensifie. Ces aggravations se sont traduites par des facteurs précipitants du suicide.

**Tableau 4**
**Événement principal associé au suicide**

| N=102 | Nombre |
|---|---|
| Aggravation des difficultés de santé mentale/toxicomanies | 49 |
| Ruptures amoureuses | 13 |
| Difficultés de couple | 8 |
| Pertes | 12 |
| Difficultés scolaires/professionnelles/financières | 9 |
| Autres types d'événements | 10 |
| Aucun événement identifié | 1 |
| TOTAL | 102 |

Enfin, il est rare qu'aucun de ces événements ne fasse pas partie des derniers moments de vie des personnes décédées, nous n'avons noté qu'une seule exception.

D'autre part, cette étude nous a permis de retracer les trajectoires de vie des personnes décédées. Cette approche, qui utilise un calendrier de vie, retrace en regard de douze sphères de développement les différents événements qui ont jalonné la vie des individus : endroit de résidence, relation parents-enfants, vie affective et vie de couple, vie familiale, épisodes de difficultés personnelles, vie académique et professionnelle, vie sociale, pertes/séparation/départ, autres éléments d'adversité, facteur de protection, recherche de service et prise de médicaments. Nous tentions de déterminer si ces événements ont pu se produire de manière situationnelle ou permanente dans la vie de la personne décédée, nous en notions la durée, l'intensité et la fréquence.

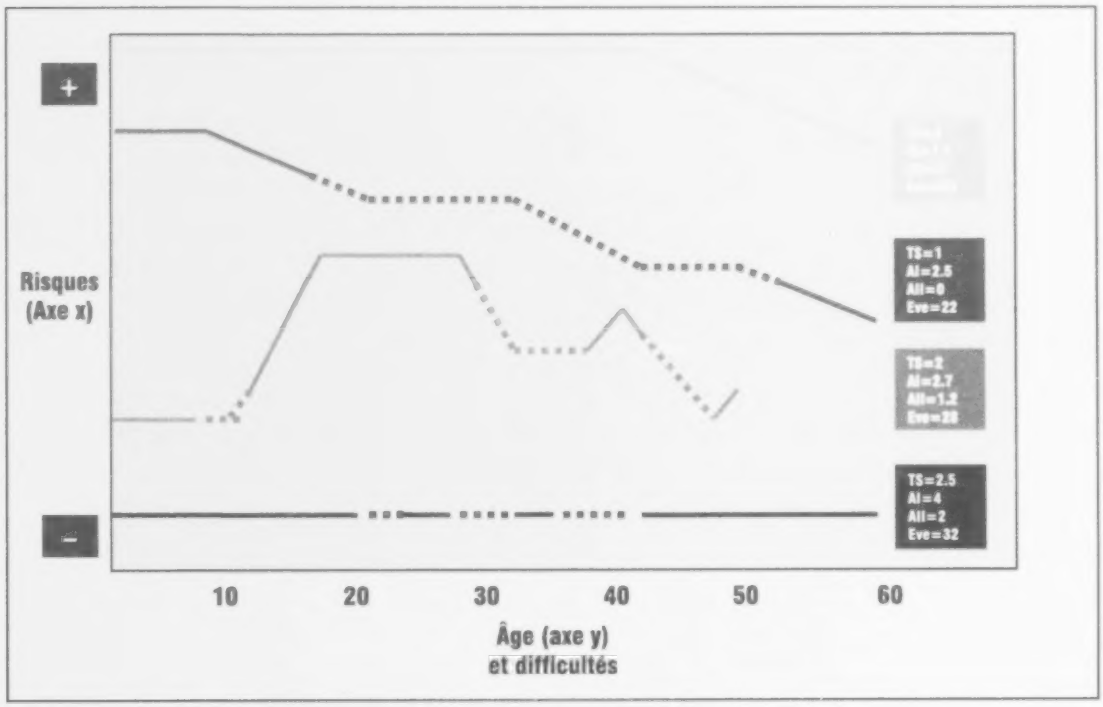
Cette analyse reposait sur le rappel des événements tel que décrit par les proches, sur les écrits, les rapports médicaux, psychosociaux, les agendas personnels, etc. À la suite de ce recueil de données chaque trajectoire de vie fut analysée individuellement. En panel d'expert, nous accordions une cote de risque pour chaque période de cinq années de vie. Cette cote de risque d'un à six permettait d'établir le degré de risque dans le développement de l'individu, selon la grille suivante.

**Tableau 5 -**
**Cote de risque**

| Évaluation globale | Cotation | Risques | Protection |
|---|---|---|---|
| **Faible** | 6 | Peu de difficultés | Présence de protection |
| | 5 | Quelques facteurs de risque<br>-Sur une courte période de temps<br>-Affectant seulement une/deux sphères | |
| **Modérée** | 4 | Plusieurs facteurs de risque<br>-Sur une courte période de temps<br>-Affectant plusieurs sphères | Plus ou moins de protection |
| | 3 | Plusieurs facteurs de risque<br>-Sur une longue période de temps<br>-Affectant plusieurs sphères | |
| **Sévère** | 2 | Multiples facteurs de risque/chaque sphère<br>-Sur une longue période de temps<br>-Touchant presque toutes les sphères | Peu ou pas de protection |
| | 1 | Multiples facteurs de risque/chaque sphère<br>-Sur une très longue période de temps<br>-Englobant toutes les sphères | Aucune protection |

La compilation de tous ces facteurs par tranche de cinq années et l'attribution d'une cote précise de risque en fonction de la sévérité des difficultés, représentent, selon le jugement clinique d'experts, le fardeau encouru pour la personne. Ce sont les cotes de risque qui forment la courbe de ces trajectoires, telle qu'illustrée par le graphique 2.

### Graphique 2 - Trajectoire de vie




L'abscisse correspond à la trajectoire selon l'âge au moment de la sévérité des difficultés alors que l'ordonnée illustre la valeur du risque, le signe de moins (-) correspond à une cote risque sévère, le signe (+) correspond à une cote de risque faible. De cette analyse, quatre profils ont émergé dans lesquels des distinctions apparaissent quant à l'âge moyen au moment du suicide, de la moyenne des tentatives de suicide et des difficultés de santé mentale ou toxicomanies (l'axe I) et de trouble de personnalité (l'axe II). (Voir le tableau 6).

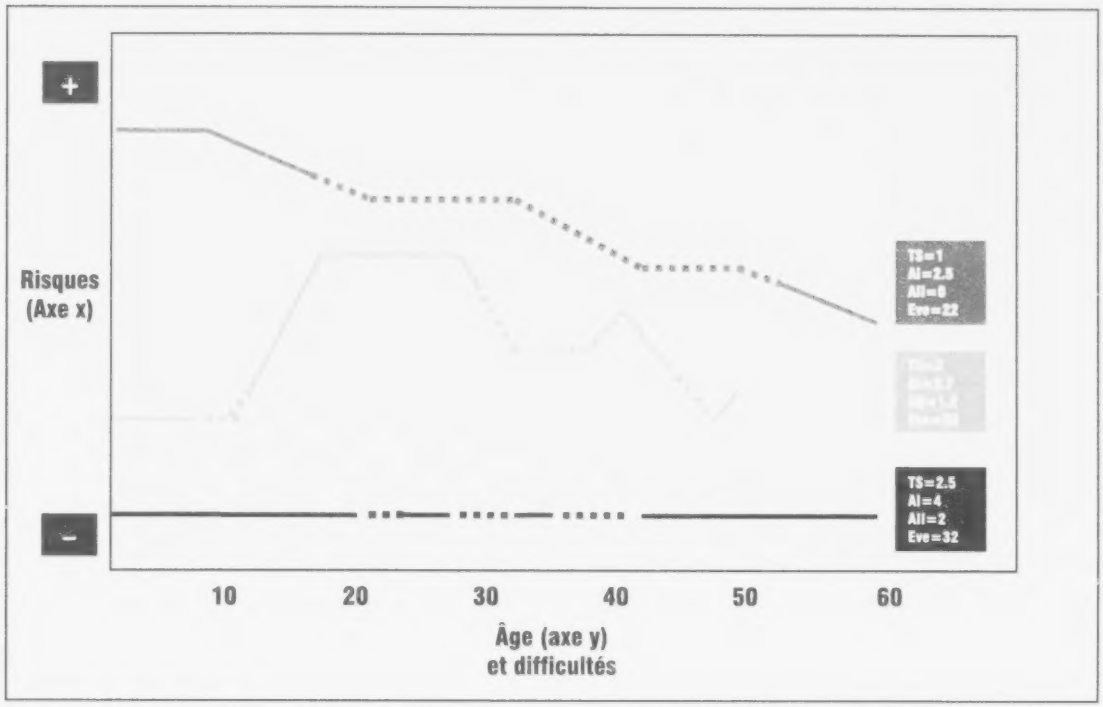
### Tableau 6
### Distribution de problème de psychopathologie et de tentative de suicide en fonction des trajectoires de vie

| TRAJECTOIRE | Âge moyen | Moyenne de TS | Moyenne de DX Axe I | Moyenne de DX Axe II |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 52 | 0,03 | 1,4 | 0,6 |
| 3 | 41 | 0,60 | 2,5 | 0,6 |
| 2 | 51 | 2,00 | 2,7 | 1,2 |
| 1 | 38 | 2,50 | 4,0 | 1,8 |

(Nota : DX signifie diagnostic)

La compilation de tous ces facteurs par tranche de cinq années et l'attribution d'une cote précise de risque en fonction de la sévérité des difficultés, représentent, selon le jugement clinique d'experts, le fardeau encouru pour la personne. Ce sont les cotes de risque qui forment la courbe de ces trajectoires, telle qu'illustrée par le graphique 2.

### Graphique 2 - Trajectoire de vie




L'abscisse correspond à la trajectoire selon l'âge au moment de la sévérité des difficultés alors que l'ordonnée illustre la valeur du risque, le signe de moins (-) correspond à une cote risque sévère, le signe (+) correspond à une cote de risque faible. De cette analyse, quatre profils ont émergé dans lesquels des distinctions apparaissent quant à l'âge moyen au moment du suicide, de la moyenne des tentatives de suicide et des difficultés de santé mentale ou toxicomanies (l'axe I) et de trouble de personnalité (l'axe II). (Voir le tableau 6).

### Tableau 6
### Distribution de problème de psychopathologie et de tentative de suicide en fonction des trajectoires de vie

| TRAJECTOIRE | Âge moyen | Moyenne de TS | Moyenne de DX Axe I | Moyenne de DX Axe II |
|---|---|---|---|---|
| 4 | 52 | 0,03 | 1,4 | 0,6 |
| 3 | 41 | 0,60 | 2,5 | 0,6 |
| 2 | 51 | 2,00 | 2,7 | 1,2 |
| 1 | 38 | 2,50 | 4,0 | 1,8 |

(Nota : DX signifie diagnostic)

La première trajectoire I, qui correspond à l'expérience de 15 % des personnes décédées, dans laquelle, dès le commencement, la vie a présenté plusieurs éléments d'adversité dont la négligence, la maltraitance, les conflits familiaux majeurs, les abus physiques et sexuels, qui se sont cumulés au fur et à mesure du développement de l'individu. L'ampleur d'événements de risque en bas âge s'associe à des conflits familiaux importants, des difficultés scolaires, des comportements de consommation très précoce, etc. C'est comme si l'individu était pris très tôt dans un parcours de problèmes d'où il lui devenait de plus en plus difficile d'en modifier la trajectoire. Ainsi, ce cumul de difficultés d'adversité perdure tout au long de la vie. Dans la trajectoire I, nous observons un nombre plus important de tentatives de suicide et de psychopathologie de l'axe I et de l'axe II. C'est aussi à travers ces trajectoires de vie que les individus se sont suicidés, en moyenne, le plus tôt (38 ans). Ces trajectoires illustrent l'importance d'intervenir tôt dans les trajectoires de vie des familles vulnérables et à risque et d'intervenir sur les déterminants précoces de la santé.

La deuxième trajectoire, qui correspond à l'expérience de 24 % des personnes décédées regroupe les individus pour qui la vie a été difficile dès le départ, mais dont le contexte s'est amélioré au début de l'âge adulte. Il semble que la vie de l'individu s'améliore lorsqu'il quitte le milieu familial, pour se retrouver dans un contexte d'autonomie et de liberté relative. Cette période correspond à une diminution des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection. Cependant, il semble que l'apparition d'événements d'adversité après cette période positive concorde avec l'augmentation des difficultés familiales, la présence de conflits maritaux, et des difficultés dans l'éducation des enfants. Nous observons également le cumul de conflits professionnels de toute sorte, des difficultés associées à la consommation d'alcool et de drogue et les états dépressifs. Ces événements se cumulent avant le passage à l'acte. C'est comme si une certaine vulnérabilité, particulièrement au niveau de la personnalité, se soit maintenue chez ces individus pendant tout ce temps et que les difficultés personnelles, psychologiques et psychiatriques les rattrapent en milieu de vie et provoquent un effritement relationnel et un cumul de difficultés avant le passage à l'acte. Ce sont d'ailleurs ces personnes, correspondant à la trajectoire II, à la suite de ceux faisant partie de la première trajectoire de vie, qui ont commis le plus grand nombre de tentatives de suicide (TS) et qui présentent des taux de psychopathologies de l'axe I et II relativement élevés.

La troisième trajectoire, qui correspond à l'expérience de 43 % des personnes décédées, se caractérise par une linéarité descendante durant laquelle il semble que la vie ait bien commencé et qui se caractérise, au départ, par un minimum de facteurs de risque et de nombreux facteurs de protection. Au cours du développement, des éléments d'adversité sont progressivement apparus et le contexte de vie s'est dégradé, sans jamais atteindre un niveau marqué de facteurs de risque. Les individus qui ont ce type de trajectoire présentent un plus grand nombre de psychopathologies de type clinique (axe I), plus spécifiquement des toxicomanies (alcool et drogues) et des troubles affectifs (dépression). Ces problèmes ont pu commencer tôt dans la vie et avoir été présents pendant des dizaines d'années à des intensités différentes. Ce qui caractérise le plus les individus de cette trajectoire c'est l'effritement relationnel et affectif qui prend une dimension importante lorsque l'on ajoute le poids des difficultés provoqué par une longue période d'alcoolisme et de dépression. En général, ces personnes ont fait peu de tentatives de suicide au cours de leur vie et le suicide apparaît souvent dans un contexte de séparation, de perte affective importante et de cascades d'événements négatifs. Particulièrement dans le cas de cette trajectoire, les politiques sociétales qui viseraient une diminution et un traitement précoce des toxicomanies et de la dépression, prennent une dimension importante.

Ce sont les suicides de la quatrième trajectoire, qui correspond à l'expérience de 17 % des personnes décédées, qui suscitent le plus d'incompréhension, en raison de la quasi absence de facteurs de risque et d'éléments d'adversité connus. Si les suicides survenus dans les trajectoires 1 ou 2 ou même 3 cumulent de nombreux facteurs de risque, les suicides de la quatrième trajectoire sont ceux qui demeurent les plus difficiles à prévoir. Mentionnons que ce sont les individus de cette trajectoire qui se sont suicidés le plus tardivement, en moyenne à 52 ans. Ces décès apparaissent souvent lors d'une situation de perte importante, souvent lorsqu'il y a une dimension humiliation ou de perte publique réelle ou perçue.

En résumé, ces trajectoires montrent d'abord qu'il n'y a pas un seul profil de personnes décédées par suicide et que les troubles mentaux clairement cernés précédemment ne surviennent généralement pas dans un vacuum, mais au contraire se manifestent plus particulièrement chez des personnes ayant souvent connu des trajectoires personnelles, familiales, psychologiques et sociales difficiles depuis l'enfance. D'autres encore se dégradant après une amélioration, ou encore certaines trajectoires peuvent être associées à une lente chute accompagnée et amplifiée par les troubles mentaux. Ces effritements ont en commun des situations de dépendances aux substances, associées aux échecs des tentatives personnelles pour y remédier, qui augmente le sentiment de perte d'estime de soi, de désespoir avant la cascade finale où tous ces éléments deviennent indissociables et intolérables pour la personne vulnérable. Chacune de ces quatre trajectoires -types fait appel à des évènements plus distants, au-delà de la dernière année, et des situations plus récentes, dans la dernière année.

Ces trajectoires permettent de mieux comprendre les sous-groupes différents de personnes décédées par suicide. Il sera peut-être plus facile d'y greffer des facteurs de risque distincts et ainsi mieux évaluer et mieux saisir l'importance relative des différents facteurs de risque dans chacune de ces trajectoires. Chacune d'entre elles peut faire appel à des mesures spécifiques, qui peuvent s'adresser à des périodes différentes dans le temps. Par exemple la mise en place de mesures qui peuvent être plus proximales du moment critique et qui permettraient une accessibilité accrue quant aux traitements coordonnés des toxicomanies et troubles mentaux. D'autres mesures qui visent ces mêmes problématiques pourraient aussi être mises en place à une période plus en aval et qui ciblent les difficultés émergentes de toxicomanies ou de dépression et qui pourraient être atténuées par des interventions efficaces. D'autres mesures pourraient être mises en place encore plus tôt afin d'éviter le développement de ce type de comportements, des mesures de promotion de la santé mentale par l'augmentation de la résilience des enfants et adolescents et du soutien social, en passant par des campagnes préventives pour contrer la toxicomanie et agir sur les déterminants de la santé.

L'établissement des mesures proximales, dans la dernière année, va reposer en plus sur l'analyse de l'utilisation des services et sur un panel d'experts qui va statuer sur leur adéquation dans la dernière année.

## Utilisation des services publics, privés et communautaires

Au cours de leur vie, presque toutes les personnes décédées par suicide auront contacté les services spécialisés en santé mentale et toxicomanies, et les services médicaux de première ligne; plus de la moitié aura consulté les services psychosociaux de première ligne et le tiers des services bénévoles. Ce qui frappe dans la dernière année précédant le suicide, c'est une forte tendance à avoir recours aux services spécialisés privés ou publics suivis de près par des services de première ligne médicale. En ce qui a trait au service reçu au cours du dernier mois de vie, les services spécialisés privés ou publics demeurent relativement utilisés (pour 34,3 % des personnes), ce sont les intervenants des

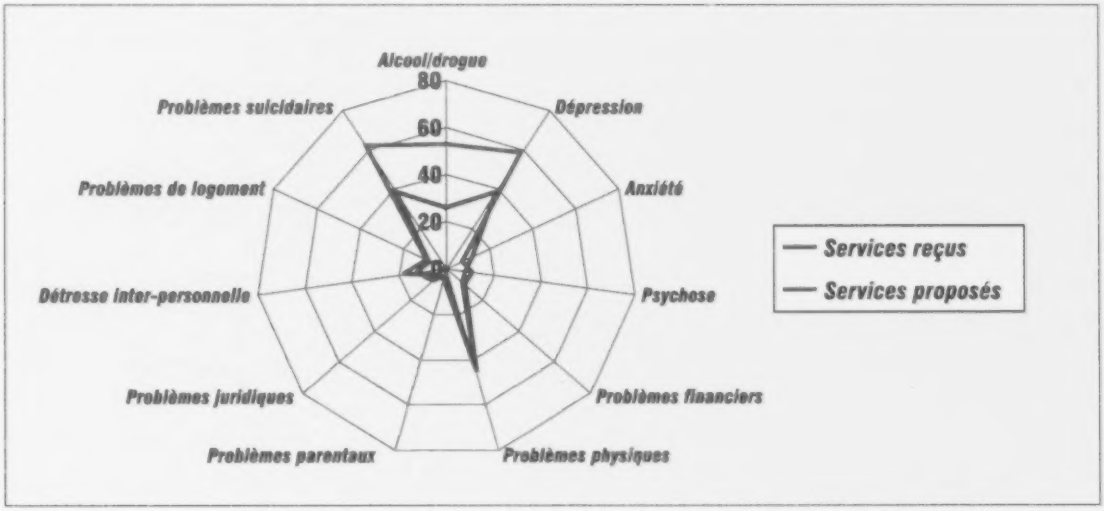
Centres de santé mentale soit les psychologues, travailleur social, infirmière qui sont le plus consultés (18 %; dernière année, 26 %) suivi des médecins psychiatres (12 %; dernière année 32 %), des urgences (8 %; dernière année, 24 %) qui sont le plus consultés le mois avant le décès; toutefois, les services de toxicomanies avaient été moins utilisés, seulement 3 % le dernier mois et dans la dernière année, 4 %. Il faut noter le suivi par les services professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne, qui sont consultés par 18,6 % des personnes dans le dernier mois, et les services de la première ligne médicale dont les généralistes sont consultés dans une proportion de 17,6 %. Parmi les services de première ligne nous avons noté que les personnes décédées par suicide ont côtoyé les services policiers respectivement de 4 % et 9 % dans le dernier mois ou la dernière année (17 % à vie). On note que les services bénévoles ou sans but lucratif sont beaucoup moins utilisés que les autres services par les personnes décédées par suicide (8 %). Les services utilisés sont les Alcooliques anonymes et le clergé qui sont consultés dans une proportion plus importante, alors que les lignes d'écoute ont été peu utilisées (1 % dans le mois précédant et 2 % dans l'année précédant le décès) par les personnes décédées par suicide.

**Tableau 7 -**
**Tableau synthèse des services reçus mois, année et à vie**

| | Mois | Année | Vie | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Services médicaux** | | | | |
| *Nbre de personnes ayant consulté au moins un service* | 18 | 50 | 83 | 88 |
| **%** | **17,6** | **49,0** | **81,4** | **86,3** |
| **Professionnels de la santé et des services sociaux et intervenants de première ligne (infirmières, travailleurs sociaux, professionnels du milieu scolaire, policiers)** | | | | |
| *Nbre de personnes ayant consulté au moins un service* | 19 | 34 | 45 | 58 |
| **%** | **18,6** | **33,3** | **44,1** | **56,9** |
| **Services spécialisés privés ou publics en santé mentale** | | | | |
| *Nbre de personnes ayant consulté au moins un service* | 35 | 54 | 86 | 93 |
| **%** | **34,3** | **52,9** | **84,3** | **91,2** |
| **Services bénévoles ou sans but lucratif (lignes d'écoute et d'entraide, clergé, Alcooliques anonymes, toxicomanes anonymes, etc.)** | | | | |
| *Nbre de personnes ayant consulté au moins un service* | 8 | 16 | 28 | 35 |
| **%** | **7,8** | **15,7** | **27,7** | **34,3** |
| *Nbre de personnes ayant consulté au moins un service parmi tous* | 52 | 78 | 97 | 99 |
| **Total %** | **51,0** | **76,5** | **95,1** | **97,1** |

En comparant les services reçus par les personnes décédées par suicide et ceux qu'elles auraient dû se voir proposer selon les jugements d'un panel d'experts, nous arrivons à plusieurs résultats préoccupants. Nous avons opposé la situation observée et celle idéalement requise, et nous avons répertorié et analysé en distinguant les problématiques d'une part et les interventions thérapeutiques reçues ou requises d'autre part des différents types de services de 1re, 2e ligne ; médical, psychosociale, spécialisée, communautaire, les proches, l'école et le système judiciaire.

## Graphique 3 - Synthèse des interventions reçues et requises

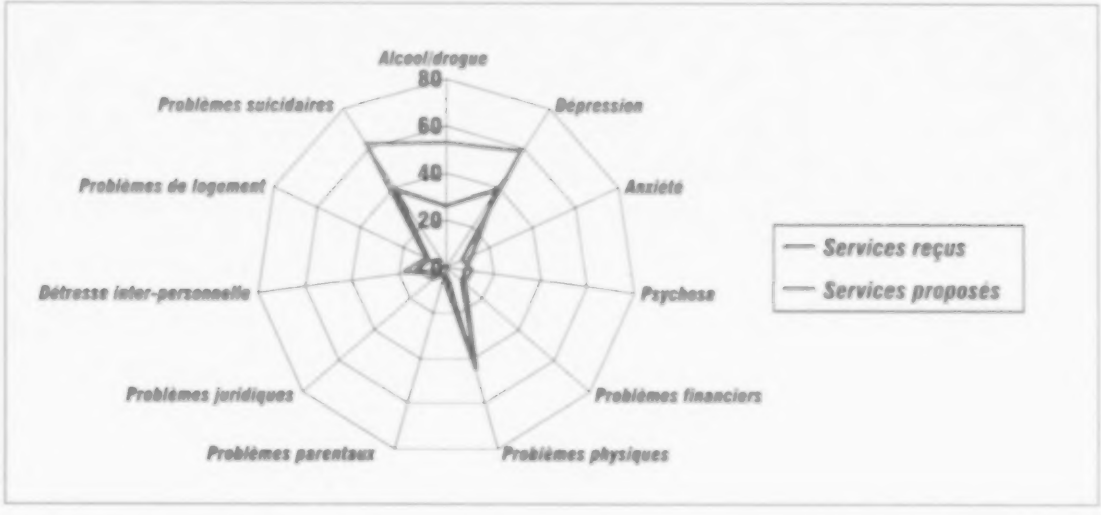



Au graphique 3, on remarque que ce sont les problèmes associés aux traitements de l'alcool/drogue où l'on observe le plus grand écart, suivi de près des problèmes associés aux traitements des problèmes suicidaires et de la dépression. Ce sont particulièrement les personnes souffrant de ces difficultés combinées qui reçoivent le moins souvent des interventions adéquates et pour lesquelles la prise en charge devrait être multidisciplinaire. D'ailleurs, on note au niveau de ces lacunes une surreprésentation des problèmes psychologiques comparativement aux problèmes financiers, physiques, d'habitation, juridiques et autres. De plus, lorsque les personnes cumulent les difficultés, l'offre des services multidisciplinaire ne suit pas (surtout pour celles faisant face à deux, trois ou quatre difficultés) et ce, particulièrement pour les personnes cumulant des problèmes d'alcool/ drogue, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques ou encore les individus ayant une double problématique associée à l'alcool/drogue et aux problèmes physiques, et dans une moindre mesure, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques.

D'autre part, si nous regardons d'un peu plus près au tableau 8, les interventions reçues par les personnes décédées par suicide comparativement à celles qui auraient dû être offertes, il est possible de cerner des lacunes au niveau des interventions relativement aux demandes d'aide, d'évaluation et de suivi de cas : les écarts sont majeurs concernant l'aiguillage entre les services et l'évaluation. La médication psychiatrique reçue n'était pas nécessairement adéquate pour certains alors que d'autres personnes auraient nécessité une médication. Les écarts en regard de la gestion des cas par les services sont majeurs et auraient requis un milieu plus encadré pour une période de temps (hospitalisation, centre de désintoxication) ainsi qu'un suivi de cas avec un intervenant-pivot bien défini et une relance et même une approche d'outreach à domicile si nécessaire. Les écarts sont aussi grands pour les interventions psychothérapeutiques individuelles ou de groupe pour les

En comparant les services reçus par les personnes décédées par suicide et ceux qu'elles auraient dû se voir proposer selon les jugements d'un panel d'experts, nous arrivons à plusieurs résultats préoccupants. Nous avons opposé la situation observée et celle idéalement requise, et nous avons répertorié et analysé en distinguant les problématiques d'une part et les interventions thérapeutiques reçues ou requises d'autre part des différents types de services de 1re, 2e ligne ; médical, psychosociale, spécialisée, communautaire, les proches, l'école et le système judiciaire.

## Graphique 3 - Synthèse des interventions reçues et requises




Au graphique 3, on remarque que ce sont les problèmes associés aux traitements de l'alcool/drogue où l'on observe le plus grand écart, suivi de près des problèmes associés aux traitements des problèmes suicidaires et de la dépression. Ce sont particulièrement les personnes souffrant de ces difficultés combinées qui reçoivent le moins souvent des interventions adéquates et pour lesquelles la prise en charge devrait être multidisciplinaire. D'ailleurs, on note au niveau de ces lacunes une surreprésentation des problèmes psychologiques comparativement aux problèmes financiers, physiques, d'habitation, juridiques et autres. De plus, lorsque les personnes cumulent les difficultés, l'offre des services multidisciplinaire ne suit pas (surtout pour celles faisant face à deux, trois ou quatre difficultés) et ce, particulièrement pour les personnes cumulant des problèmes d'alcool/drogue, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques ou encore les individus ayant une double problématique associée à l'alcool/drogue et aux problèmes physiques, et dans une moindre mesure, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques.

D'autre part, si nous regardons d'un peu plus près au tableau 8, les interventions reçues par les personnes décédées par suicide comparativement à celles qui auraient dû être offertes, il est possible de cerner des lacunes au niveau des interventions relativement aux demandes d'aide, d'évaluation et de suivi de cas : les écarts sont majeurs concernant l'aiguillage entre les services et l'évaluation. La médication psychiatrique reçue n'était pas nécessairement adéquate pour certains alors que d'autres personnes auraient nécessité une médication. Les écarts en regard de la gestion des cas par les services sont majeurs et auraient requis un milieu plus encadré pour une période de temps (hospitalisation, centre de désintoxication) ainsi qu'un suivi de cas avec un intervenant-pivot bien défini et une relance et même une approche d'outreach à domicile si nécessaire. Les écarts sont aussi grands pour les interventions psychothérapeutiques individuelles ou de groupe pour les

toxicomanies, le traitement de la dépression ou les troubles anxieux. Les personnes souffrent aussi de conditions physiques requérant un suivi médical dans la moitié des cas, les besoins étaient toutefois mieux comblés à ce niveau.

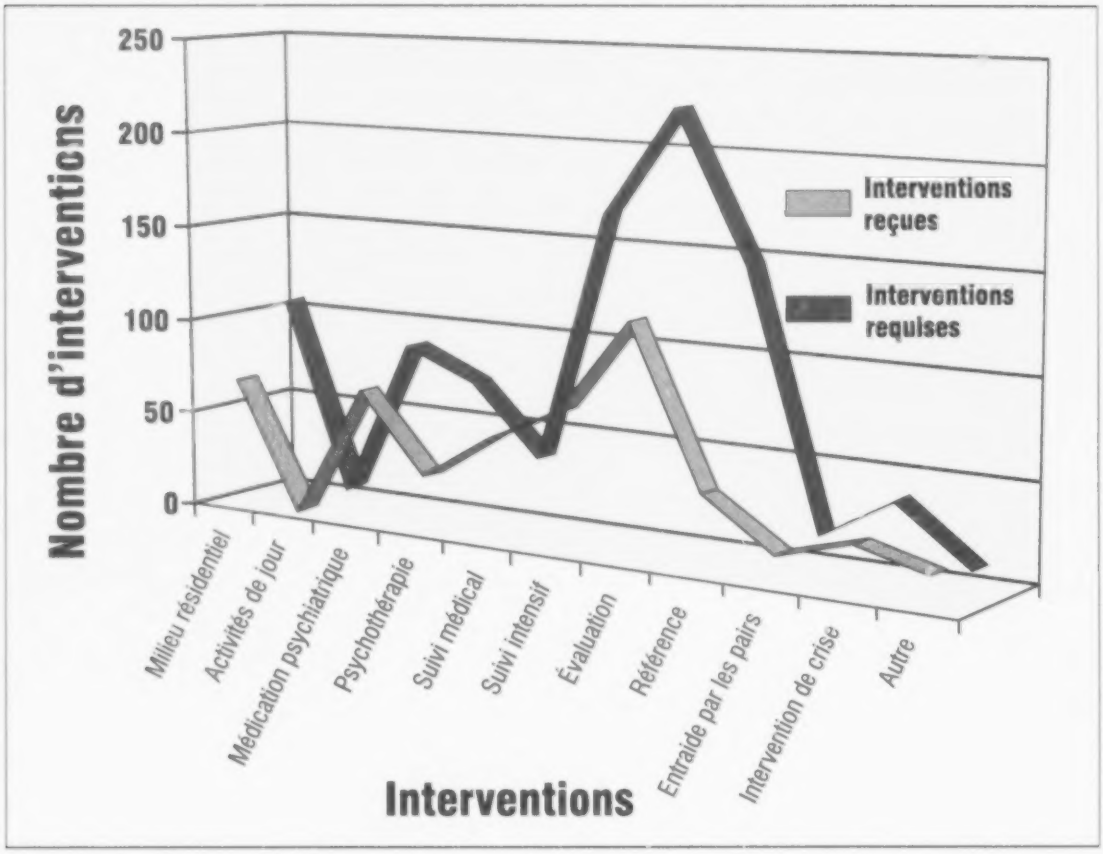
**Tableau 8**
**Écart entre les interventions reçues et requises**

| | Interventions reçues | Interventions requises |
|---|---|---|
| **Médication psychiatrique** | 51 | 65 |
| **Évaluation** | 50 | 86 |
| **Milieu résidentiel/hospitalisation/désintox** | 38 | 70 |
| **Suivi médical pour condition physique** | 35 | 44 |
| **Suivi de cas** | 34 | 71 |
| **Référence** | 27 | 69 |
| **Psychothérapie** | 19 | 48 |
| **Intervention de crise** | 18 | 24 |
| **Entraide par les pairs** | 13 | 12 |
| **Autre** | 9 | 10 |
| **Activités de jour** | 1 | 4 |

Les types et niveaux de services requis pour livrer les interventions requises cernées précédemment, et leur combinaison, sont illustrés par un tableau en ruban plus bas. On constate un écart important entre les services reçus et les services requis quant à 1) l'évaluation et la médication psychiatrique, 2) l'offre d'un service d'accueil tel qu'une hospitalisation, une place en centre de désintoxication ou un milieu résidentiel, 3) un suivi intensif avec outreach, 4) aiguillage à un autre service, 5) et l'offre de psychothérapies. Ici, remarquons que c'est d'une combinaison d'actions et de secteurs qui est nécessaire plutôt qu'une action d'un seul secteur de services qui est requise.

La réponse aux difficultés cernées doit passer par des interventions efficaces et adéquates et celles-ci doivent être rendues par les services de santé et de services sociaux. Nous avons tenté de projeter les besoins de services en fonction des besoins individuels déterminés dans l'analyse des cas, et aussi de cerner à partir de chaque cas, les lacunes systémiques dans l'organisation locale et régionale, et même celles qui exigeraient des actions de niveau provincial. Nous avons tenté, dans nos recommandations, de demeurer le plus près possible de chaque cas et de ne pas tenter de régler tous les problèmes systémiques.

**Graphique 4**
**Écart entre les interventions reçues et requises**




L'analyse des actions et des services offerts dans différents secteurs nous a permis d'établir les lacunes dans les actions et dans le fonctionnement relevant du niveau local, régional et provincial. Le tableau 9 en résume les résultats. Il émerge d'abord des besoins de formation qui doivent être offerts à l'ensemble des intervenants en particulier et dans un deuxième temps au grand public. La responsabilité de cette recommandation se situe au niveau provincial, mais doit être livrée régionalement voire localement aux différents intervenants. Les besoins en formation des intervenants incluaient un meilleur repérage, traitement, gestion, suivi et aiguillage pour la dépression, les toxicomanies et les comportements suicidaires en première ligne. Une formation quant aux meilleures pratiques avec les clientèles ayant des problèmes multiples pour les intervenants de deuxième ligne en santé mentale et toxicomanies. Et enfin, quant à la population générale, il semble que les signes de détresse soient assez bien reconnus mais les membres de la communauté ne sont pas tout à fait à l'aise d'amener de manière directive une personne suicidaire, souffrant de dépression ou de toxicomanies vers les services sociaux et de santé. Une campagne promotionnelle qui cible le comportement pourrait être bénéfique.

Les besoins systémiques indiqués au tableau 9 et dont certains sont les plus marquants, sont cernés dans près de 40 % des cas, et se centrent à l'échelle locale et régionale autour d'un besoin de coordination et de continuité entre les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies. Cette coordination doit se réaliser entre les services spécialisés, mais aussi dans les situations de crises

suicidaires ou de toxicomanies, avec les services psychosociaux de première ligne, les services médicaux de 1re ligne, les urgences et les services policiers pour les personnes présentant des problématiques complexes, de co-morbidité particulièrement, toxicomanies et troubles mentaux. De nombreuses difficultés furent déterminées en regard du manque de coordination et de suivi entre les différents services. Les difficultés s'associent souvent au glissement et à la faillite d'attribuer le point fixe de responsabilité (un intervenant pivot) dans les équipes de soins. Si bien qu'il manque de continuité entre les différents services, de suivi auprès du patient et de sa famille, et de coordination des services en fonction de la séquence dans laquelle les différents services seront proposés aux patients. Ce manque de coordination s'associe à un désengagement des patients. Parallèlement, le manque de politique d'outreach n'incite pas les intervenants à poursuivre le travail en vue de réintégrer un patient dans les traitements. Ces besoins de coordination et de continuité nous ont amenés à suggérer à l'échelle provinciale dans plus de 27 % des cas, des recommandations pour palier à des lacunes de gouvernance. Il s'agit de politiques visant à assurer la participation conjointe des services spécialisés de santé mentale et de toxicomanies, mais aussi des services psychosociaux et médicaux de première ligne et des systèmes judiciaires, des services policiers pour l'établissement d'une série de protocoles régionaux et locaux pour assurer la coordination, la continuité, l'établissement de points fixes de responsabilités, par la présence d'intervenant pivot, l'établissement de hiérarchisation des actions, des traitements, des références, du suivi de cas et d'outreach si nécessaire pour les personnes affectées d'une combinaison de troubles mentaux avec ou sans une problématique suicidaire. Le caractère pro-actif et la coordination dans les cas à problématiques cliniques et sociales complexes vont particulièrement interpeller les pratiques souvent en silos entre les types de services et devoir être renforcés par la formation des intervenants comme indiqué précédemment.

**Tableau 9**
**Principales lacunes locales, régionales et provinciales émergeant des 102 cas de suicide.**

| Besoins | Nbre de cas pour lesquels ce besoin a été cerné | Objet de l'intervention |
|---|---|---|
| **Formation** | 49 | Dépression- risque suicidaire et importance de consulter |
| **Coordination** | 8 | Continuité des soins et suivi des patients |
| 33Coordination des dossiers avec problèmes multiples | | |
| **Gouvernance** | 7 | Services d'approche proactifs avec suivi intensif dans la communauté |
| | 6 | Sentinelles/services d'approche pour intervention et suivi des personnes toxicomanes |
| | 14 | Protocole de traitement pour problèmes multiples (alcool-dépression-suicide-santé) |
| **Financement** | 6 | |
| **Aucune recommandation. Tout avait été fait** | | 28 dossiers |
| **Dossiers sur lesquels le panel ne s'est pas prononcé** | | 5 dossiers |

Enfin, une dernière remarque, et c'est là une limite de l'étude, qui fait émerger les besoins de la base, tout en n'ayant pas procédé à une étude aussi systématique des enjeux systémiques- nous avons indiqué des enjeux de financement dans six occasions où cette raison avait été donnée pour l'absence d'un programme (p. ex. un programme de suivi intensif en équipe; un programme d'hôpital de jour) - mais notre approche ne nous permet pas d'évaluer ce que les recommandations majeures découlant des constats précédents signifieraient en matière de financement supplémentaire ou surtout de réaménagement de services dans le contexte de la transformation des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Brunswick.

Il faut aussi noter que dans 28 % des cas, rien de plus ou de moins ne pouvait être fait, par les services sociaux et de santé.

Dans un dernier temps, appuyée par l'ensemble des informations précédentes, l'équipe de recherche a estimé un niveau de prévisibilité et de prévention possible pour chacun de ces dossiers. Les cotes de prévisibilité mettent en évidence que près de 22 % des suicides pouvaient difficilement être prévenus (cotes 1 et 2), que 63 % présentaient des éléments qui indiquaient qu'ils pouvaient être prévenus (cotes 3 et 4) et 12 % des suicides auraient pu être évités (cote 5).

Les lacunes quant aux services se situent surtout auprès des personnes dont le suicide présentait des problèmes multiples et dont les interventions auraient dû prévoir : des actions de références vers d'autres services, des actions d'évaluation plus poussées, des actions de suivi intensif et enfin des services en milieu résidentiel dont une hospitalisation en psychiatrie ou en centre de toxicomanie.

# Les recommandations

Les chercheurs arrivent aux recommandations suivantes à la suite d'un cycle de discussion avec les membres du panel qui ont considéré l'ensemble des résultats qui ont été présentés dans ce rapport.

**Axe de gouvernance :**
D'élaborer et convenir dans chaque région de protocoles de coordination et de prise en charge systématique en assurant la participation de tous les intervenants de première et de deuxième ligne qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les encourager à demeurer en traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'outreach au besoin. La réalisation des objectifs de cet axe passe par l'élaboration d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien avec celle pour les troubles mentaux et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale.

**Axe d'intervention :**
Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanies et de comportements suicidaires.

**Axe de prévention :**
Implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre, et déterminer les personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et de toxicomanies, dans tous les groupes d'âge et d'intervenir auprès d'elles. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé.

**Axe de recherche évaluative :**
Maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées ici.

Ces recommandations s'appuient sur une série de constats émergeant de l'analyse des problèmes de santé mentale, des trajectoires de vie, de la synthèse des services reçus et des services qui auraient été requis. Soulignons en particulier :

- Pour appuyer les recommandations de coordination et de continuité entre les services de santé mentale et toxicomanies, nous constatons que dans plus des deux tiers des cas des problèmes d'alcoolisme ou d'abus de drogues ont été cernés, dans près de la moitié des cas, la dépression. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies, un désengagement tel que seulement 10 % était en contact avec ces services dans l'année précédant leur suicide. Des interventions en centre de désintoxication, du counselling, des psychothérapies précises combinées souvent à un traitement de la dépression ont été déterminés parmi les besoins non comblés.

- Pour appuyer les recommandations en regard de la coordination des directives provinciales inter- ministérielles pour une coordination et un outreach des services. Dans près de 10 % des cas une intervention policière s'est produite dans la dernière année et dans près de 20 % des cas une intervention policière s'est produite au cours de la vie pour des problèmes explicites de toxicomanies, de dépression ou de problématique suicidaire. Ces besoins de coordination et de continuité dans plus de 27 % des cas nous ont amenés à formuler, à l'échelle provinciale, des recommandations pour palier à des lacunes de gouvernance. Il s'agit de politiques visant à assurer la participation conjointe des services spécialisés de santé mentale et de toxicomanies, mais aussi des services psychosociaux et médicaux de première ligne et les systèmes judiciaires, les services policiers pour l'établissement d'une série de protocoles régionaux et locaux pour assurer la coordination, la continuité, l'établissement de points fixes de responsabilités, par la présence d'intervenant pivot, l'établissement de hiérarchisation des actions, des traitements, des références, du suivi de cas et d'outreach si nécessaire pour les personnes affectées par une combinaison de troubles mentaux avec ou sans une problématique suicidaire

- Pour appuyer les recommandations quant à la formation de tous les intervenants afin d'augmenter la capacité de repérage, de traitement et de suivi des problèmes de dépression, de toxicomanies, des troubles mentaux et des problématiques suicidaires. Une meilleure formation permettrait la mise en place de thérapeutiques potentiellement plus efficaces dans le traitement de la dépression, par les médecins généralistes seuls ou en collaboration avec les services de deuxième ligne en santé mentale ou toxicomanies.

- Pour appuyer la prévention par le traitement précoce des problèmes de toxicomanies et de troubles mentaux, notons que les problèmes de dépendances ont été cernés dans plus des deux tiers des décès par suicide et si en proximité du suicide des actions plus concertées entre les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies et l'accessibilité aux services de toxicomanies sont de mise, les trajectoires de vie de ces personnes montrent que ces problèmes de dépendance auraient pu être traités plus tôt. Par ailleurs, les enquêtes de population indiquent que la majorité des personnes souffrant de dépendances ne reçoivent pas de traitement. Ces considérations nous amènent à recommander d'une part l'accroissement des services de traitement des toxicomanies spécialisés et de première ligne, mais aussi une politique plus globale, pour développer la prévention et l'intervention précoce en précisant la hiérarchisation des soins et la formation requise du public et des intervenants.

# Références


Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:1080-6

Kovess, V., et al. (2001). Planification et évaluation des besoins en santé mentale, Paris, Médecine : Sciences Flammarion, page 22-25.

Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, Loyer M (1994) Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men. American Journal of Psychiatry 151:1063-1068

Proulx, F., Lesage, A.D., Grunberg, F. One hundred in-patient suicides, British Journal of Psychiatry, n° i71 (1997), p.247-250.

Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 53:339-48

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry 49:624-9

Thornicroft, G., Tansella, M., (eds). The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services, Cambridge, University Press, 1999, 314 p.

Turecki G, Zhu J, Tzenova J, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Vanier C, et al (2001) TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. Molecular Psychiatry 6:98-102